



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

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Existe un claro consenso en cuanto a que cualquier alteración que incida en una o varias de estas áreas puede compensarse en estas edades mediante una intervención temprana que potencie las capacidades de los niños y las niñas, las familias o su entorno, siendo sus primeros años de vida fundamentales para la adquisición de las habilidades y competencias que les permiten desarrollarse plenamente.

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

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

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

La atención temprana tiene como **finalidad**⁶ favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de las personas menores de seis años con trastornos en su desarrollo o riesgo de presentarlos, tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de trastornos o secuelas añadidas, facilitando la inclusión familiar, escolar, social y la calidad de vida de las personas menores y sus familias. En los contextos familiar y social, el objetivo es fortalecer las competencias de las familias y su entorno.

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

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

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

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

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

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



formación continua para las personas profesionales que trabajan en este ámbito, así como el establecimiento de criterios de calidad para los centros y entidades implicados.

f) Evitar o reducir la aparición de alteraciones o desórdenes secundarios asociados a un trastorno del desarrollo.

g) Proporcionar apoyo y facilitar los medios para cubrir las necesidades y demandas de la familia y su entorno, procurando el mayor grado de satisfacción de las personas usuarias.

h) Potenciar el desarrollo de la persona menor y su grado de autonomía, considerando a la persona menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del niño o niña.

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

A) Prevención primaria: se orienta a evitar las condiciones que pueden ocasionar la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil .

B) Prevención secundaria: se dirige hacia la detección precoz de cualquier trastorno en el desarrollo integral de la persona menor o de las situaciones de riesgo, la evaluación de sus necesidades, de las familias y del entorno, así como el establecimiento de un diagnóstico sindrómico, etiológico o funcional precoz e interdisciplinar.

C) Prevención terciaria: se aplica a la atención inter o transdisciplinar de las personas menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, a sus familias y al entorno para atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato.

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

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

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

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

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

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



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

En cuanto a la **distribución por sexos** de los Trastornos del Neurodesarrollo, diferentes estudios describen diferencias sexuales, destacando un predominio masculino en su incidencia¹⁷. Muchas líneas activas de investigación están explorando posibles mecanismos, incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales^{18, 19}. Además, habría que añadir el sesgo de género en la detección y diagnóstico^{20, 21, 22}. Diferentes estudios describen una posible infradetección de la presencia de un Trastorno del Neurodesarrollo en niñas^{23, 24}, así como un diferente comportamiento de estos trastornos en función del sexo/género, sobre todo en el caso del TEA^{25, 26, 27}.

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

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

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

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

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

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

16 Mapa interactivo de la prevalencia mundial de TEA: prevalence.spectrumnews.org. 2023. URL: http://prevalence.spectrumnews.org/?min_yearpublished=&max_yearpublished=&yearsstudied_number_min=&yearsstudied_number_max=&min_samplesize=&max_samplesize=&min_prevalenceper10000=&max_prevalenceper10000=&studytype=&key_word=&timeline_type=published&meanincome=&education=

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



1.2. Marco normativo

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

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

1.2.1. Normativa Internacional y Europea

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



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

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

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



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

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

Tiene en cuenta la **Recomendación de la Comisión Europea Invertir en infancia: romper el ciclo de las desventajas (2013)**³⁵, da cumplimiento a la **Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea (GIE)**³⁶ y las recomendaciones del **Semestre Europeo para España (2023)** que afectan a la infancia³⁷.

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

1.2.2. Normativa Nacional

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

1.2.3. Normativa Autonómica

El **Estatuto de Autonomía para Andalucía** garantiza la defensa de los derechos sociales, especialmente, en el ámbito de los sectores más débiles y vulnerables de la sociedad. En particular, dispone en su **artículo 18.1**, que las personas menores de edad tienen derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para el bienestar en el ámbito familiar, escolar y social,

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



así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes. A su vez, en su **artículo 22.3**, se determina que las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes, estableciéndose con arreglo a la ley los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de estos derechos.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

Por último, en el art. 20 se define los CAIT como “unidades asistenciales especializadas para llevar a cabo el tratamiento de intervención temprana de la persona menor, su familia y su entorno, y se constituyen como recursos descentralizados y especializados, compuestos por equipos interprofesionales que prestan servicios de atención temprana dentro de un ámbito territorial”⁴⁰. Estos centros, como indica también dicha ley, deben contar, como mínimo con un Equipo Básico de Intervención Temprana, de composición interdisciplinar, integrado por profesionales de las áreas de Psicología, Logopedia y Fisioterapia. El equipo básico podrá ser complementado con otros perfiles profesionales.

2.- GOBERNANZA DE FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA

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

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

³⁹Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA Nº36; 1-32. 22 de febrero de 2023.

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

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

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



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

En junio de 2022 se constituyó el **Grupo Técnico de Trabajo de Atención Temprana**, conformado por los Ministerios de Sanidad, Derechos Sociales y Agenda 2030, Educación y Formación Profesional, las Comunidades Autónomas, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), las Ciudades Autónomas, el Real Patronato sobre Discapacidad y la sociedad civil de la infancia y discapacidad, así como organizaciones de profesionales sobre esta materia con el compromiso para la mejora de la atención temprana en España sobre un **marco común** de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad dando lugar a la publicación el 28 de junio de 2023, del Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España.⁴³

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

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

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

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

- **Línea 1:** Implementar sistemas eficaces de coordinación interadministrativa y con las familias.
- **Línea 2:** Implementar procesos eficaces de colaboración y participación activa de las familias.
- **Línea 3:** Planificar, dimensionar y articular fórmulas de financiación adecuadas para los equipos, centros y servicios de atención temprana en función de la población a atender, teniendo en cuenta una base territorial y comunitaria bien definida.
- **Línea 4:** Facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana.

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



- **Línea 5:** Garantizar la valoración e intervención integral, cuidando que las actuaciones que se desarrollen.
- **Línea 6:** Mejorar la calidad de las actuaciones y servicios de la atención temprana.
- **Línea 7:** Ofrecer más y mejores oportunidades de formación a las personas profesionales implicados en el proceso de Atención Temprana.
- **Línea 8:** Optimizar los sistemas de información y registro.

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

2.1. Definición del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía

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

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

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

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

MISIÓN:

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

VISIÓN:

Favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de los trastornos del desarrollo a través de su atención temprana, haciendo especial hincapié en la prevención y en las intervenciones cada vez más precoces, evolucionando hacia un planteamiento más



coordinado entre administraciones que ofrezca una atención global e integrada orientada hacia modelos de calidad de intervención familiar.

PRINCIPIOS RECTORES

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

2.3. Alineación estratégica

2.3.1. Planes internacionales

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

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

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

2.3.2. Nacional

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

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

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

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



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

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

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

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

El Plan cuenta con una dotación presupuestaria cercana a los 40 millones de euros para poner en marcha seis líneas de acción, que abordan los objetivos de la Estrategia Española en TEA⁵¹. Es de especial aplicación a la convergencia con el PIAT-A la Línea 2: Favorecer la detección y diagnóstico precoz, y el abordaje integral de la salud de las personas con autismo.

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

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

2.3.3. Autonómico

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

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

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

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

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



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

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

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

El **III Plan de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía (2024-2027)** destaca entre su prioridades la “Mejora de la atención a la salud infantil y adolescente” y establece como objetivo “incrementar la atención a la salud de la infancia y la adolescencia, en especial en aquellos casos de mayor vulnerabilidad”, concretando en materia de atención temprana, el aumento de la cobertura hasta el 10% de la población de 0 a 6 años.

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

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

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

2.3.4. Estrategias de I+D+I.

La **S4Andalucía**⁵² es la evolución de la **RIS3Andalucía**⁵³ para el nuevo periodo 2021-2027 e incorporará una nueva política en línea con los **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU**⁵⁴ y sitúa la sostenibilidad como un elemento central de sus actuaciones. Es el instrumento

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

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

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



básico de planificación, ejecución, desarrollo y evaluación de las actuaciones públicas en materia de Investigación, Innovación y Transición Industrial, Digitalización, Capacitación, Emprendimiento y Cooperación para la Especialización con una perspectiva transversal de Sostenibilidad y lucha contra el Cambio Climático, en el **Marco Europeo de Cohesión 2021-2027**⁵⁵.

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

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

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

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

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

Entre esta estrategia aparecen los **Planes Complementarios de I+D+I**, configurados como una respuesta a la recomendación de la Comisión Europea de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, a través de la coordinación de las políticas de I+D+I entre la Administración General del Estado y las diferentes comunidades autónomas (CCAA) para la consecución de sinergias y la convergencia de sus respectivos planes y programas, utilizando

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

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

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

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

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

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

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



modelos de programación y financiación conjunta, que establecen vínculos de planificación y programación entre los distintos niveles de la administración: regional, nacional y europea.

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

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

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

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

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

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



Fuente y elaboración: IAAP

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

Para la coordinación interna de la Junta de Andalucía en la fase de diagnóstico y en el resto de las



fases posteriores, se han constituido diferentes órganos para trabajar en la formulación del Plan:

- **COMITÉ DIRECTIVO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Constituido por las personas responsables de las Secretarías Generales (SG) y Direcciones Generales (DG) de las diferentes Consejerías con obligaciones en el PIAT-A y que participarían con actuaciones en el desarrollo e implementación del Plan.
 - Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional: D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
 - Consejería de Salud y Consumo:
 - S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Servicio Andaluz de Salud: D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
 - Consejería de Inclusión, Juventud, Familias e Igualdad.
 - D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - D.G. Personas con Discapacidad.
 - D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
 - Consejería de Universidad, Investigación e Innovación: D.G. Coordinación Universitaria.
- **COMITÉ TÉCNICO DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Participan el personal técnico experto de las anteriores SG y DG de las diferentes Consejerías implicadas.
 - D.G. Ordenación, Inclusión, Participación y Evaluación Educativa.
 - Servicio de Orientación educativa y atención a la diversidad.
 - S.G. Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
 - Subdirección de estrategias y planes. Servicio de estrategias y planes.
 - Servicio de sistemas de información sectoriales.
 - Viceconsejería de Salud y Consumo.
 - Subdirección de inspección sanitaria.
 - Servicio de estadísticas sanitarias.
 - Servicio de autorización y acreditación de centros.
 - D.G. Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
 - Servicio de Prevención.
 - D.G. Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.
 - Servicio de atención sociosanitaria.
 - Dirección Programa de salud mental.
 - D.G. Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
 - Servicio de planificación operativa.
 - D.G. Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
 - Servicio de coordinación de la historia social única.
 - D.G. Personas con Discapacidad.
 - Servicio de valoración y orientación.
 - D.G. Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Subdirección de Infancia, Adolescencia y Juventud.
 - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia: Dirección Gerencia.
 - Área de dependencia y promoción de la autonomía.
 - D.G. Coordinación Universitaria.
- **OFICINA TÉCNICA DEL PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA.** Formada por las personas responsables y profesionales del Servicio de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC) y responsables de Planificación de la CSC.



- **GRUPO MOTOR.** Personal técnico reducido de la Oficina Técnica del PIAT-A.
- **OFICINA DE APOYO DEL INSTITUTO ANDALUZ DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.** Personal técnico experto en preparación de planes y estrategias del IAAP.

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

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

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

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

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

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

Por todo ello, mediante **Resolución de fecha 5 de agosto de 2020**, se aprobó el expediente del primer concierto social para la prestación del **Servicio de Atención Infantil Temprana** en



Andalucía, con la apertura del consiguiente procedimiento de adjudicación y nombramiento de la correspondiente mesa de contratación. A este primer concierto social de atención temprana, le han seguido un total de tres más hasta la reciente resolución de un cuarto concierto. Todos ellos han venido a adjudicar aquellos lotes que resultaron desiertos en primera instancia, ya sea total o parcialmente, así como a mejorar la oferta de sesiones a realizar en las zonas donde se han observado necesidades de atención.

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

Andalucía, que ya gozaba de un marco normativo sólido en esta área, sobre todo desde la aprobación del **Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía** y las órdenes que manaron del mismo, ha seguido apostando por la consolidación y evolución, en este caso a través de la aprobación de la **Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía**. Esta ley se presenta como un avance fundamental para los niños y niñas residentes en nuestra Comunidad y sus familias, situando a Andalucía como la tercera autonomía que cuenta con una ley en esta materia, uniéndose así a Murcia y Canarias. Todo ello, en un contexto de inexistencia de una ley básica estatal que obligue al establecimiento de unas prestaciones en materia de atención temprana en todo el territorio nacional, la cual marcaría los mínimos a partir de los que avanzar en la legislación a desarrollar por la comunidades autónomas.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.1. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO. POBLACIÓN CON TRASTORNOS DEL DESARROLLO O RIESGO DE DESARROLLARLO

3.1.1- Datos demográficos

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



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

Tabla 3.1.

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

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

Fuente: IECA. 2022.

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

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

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

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

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

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

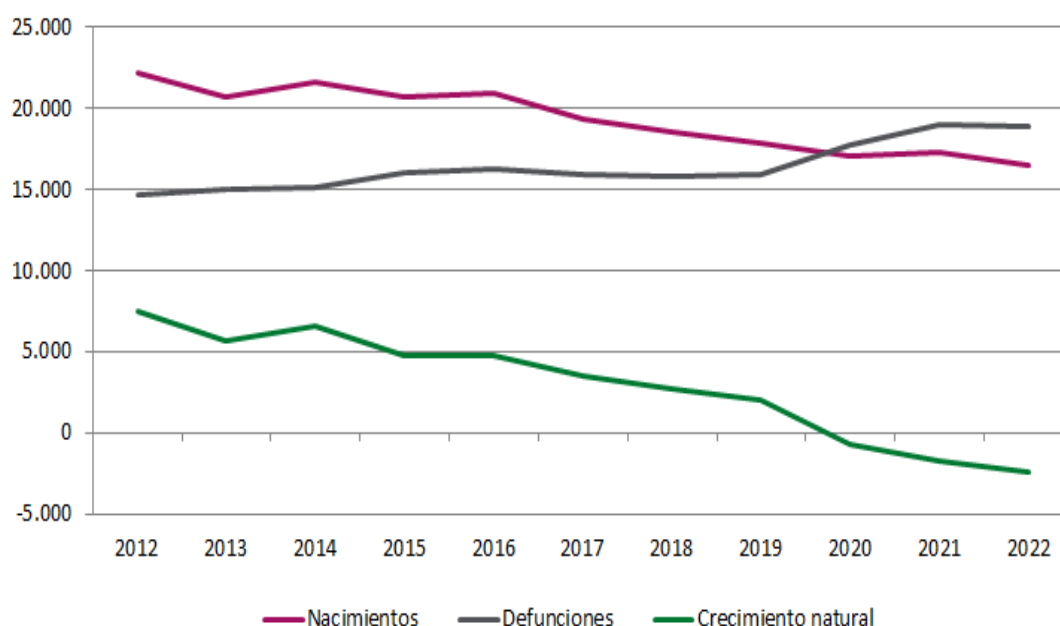
66 Del Valle C. El envejecimiento demográfico en Andalucía y las características sociodemográficas de la población mayor de 64 años. Papers de demografía. 2005. (255).



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

Fig. 3.1.

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



Fuente IECA. 2023.

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

- La **tasa bruta de natalidad** en Andalucía siguió bajando hasta situarse en 7,33 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 2022 y 7,13 en 2023. El número de nacimientos de madres residentes en nuestra comunidad fue de 62.669 en 2022, y en 61.391 en 2023. Si a este número se le restan las defunciones ocurridas en el año 2022 78.535 y en 2023 de 74.696. Se obtiene un crecimiento natural de 15.866 en 2022 y de 13.299 en 2023. Crecimiento negativo por sexto año consecutivo desde 1996⁶⁸. Todas las provincias andaluzas presentaron descensos relativos en 2023 respecto al año anterior, siendo Huelva la que presentó un mayor descenso relativo con un 6,2 % y Jaén la que menos con

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

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



un 0,3%. La tasa más elevada de natalidad la encontramos en Almería (8,72 nacimientos por cada 1.000 habitantes). La provincia con menor tasa de natalidad es Málaga, con 6,67 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

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

- La **tasa global de fecundidad** en 2023 fue de 32,03 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, siendo superior a la media española que se situaba en 30,24⁷⁰.
- En cuanto a la **tasa de mortalidad infantil**, en Andalucía, en 2022, fue de 2,64 defunciones de niños y niñas menores de un año, por cada 1.000 nacidos vivos, siendo mayor a la media española (2,60). Respecto a las provincias andaluzas, en Huelva (3,33) y Córdoba (3,23) se registran las tasas más elevadas de este indicador. Las causas principales de las defunciones registradas en menores de 1 año en 2022 fueron las afecciones perinatales y en segundo lugar las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En el rango de 1 a 15 años las causas principales fueron las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
- Según la Sociedad Española de Neonatología la **tasa de prematuridad** a nivel nacional alcanza el 7% de los nacimientos, con mayor frecuencia entre las semanas 32 y 37. Además, cada año nacen entre 1.000 y 1.100 niños y niñas antes de la semana 28 constituyendo un factor de riesgo importante para presentar algún trastorno del desarrollo. Incluso nacer entre las 34 y la 36 semanas de gestación, prematuridad tardía, comporta mayores tasas de rehospitalización y consultas a los servicios de urgencias, un mayor riesgo de infecciones, fallo de medro, problemas respiratorios y trastornos del neurodesarrollo que pueden afectar incluso en la edad adulta en forma de problemas psiquiátricos y de calidad de vida⁷¹.

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

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

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

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

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



3.1.2.- Población diana

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

Tabla 3.2.

Estimación de la población diana según provincia.

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

Fuente: IECA 2022.

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

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

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

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

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

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

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



Tabla 3.3

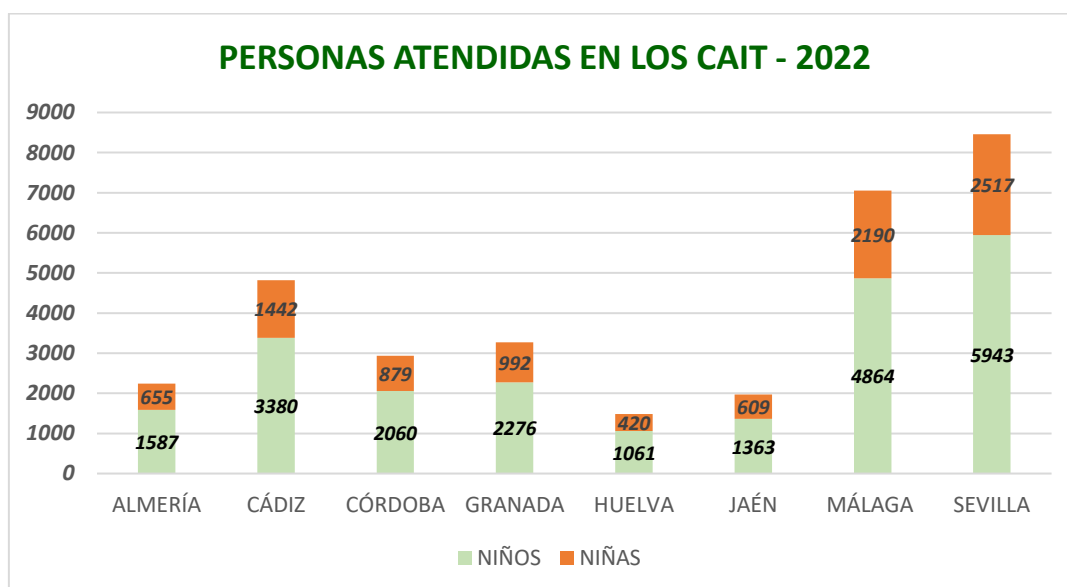
Distribución de personas atendidas en los CAIT de Andalucía según sexo y provincia. Índices de concentración y distribución.

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

Fuente: Alborada. 2022.

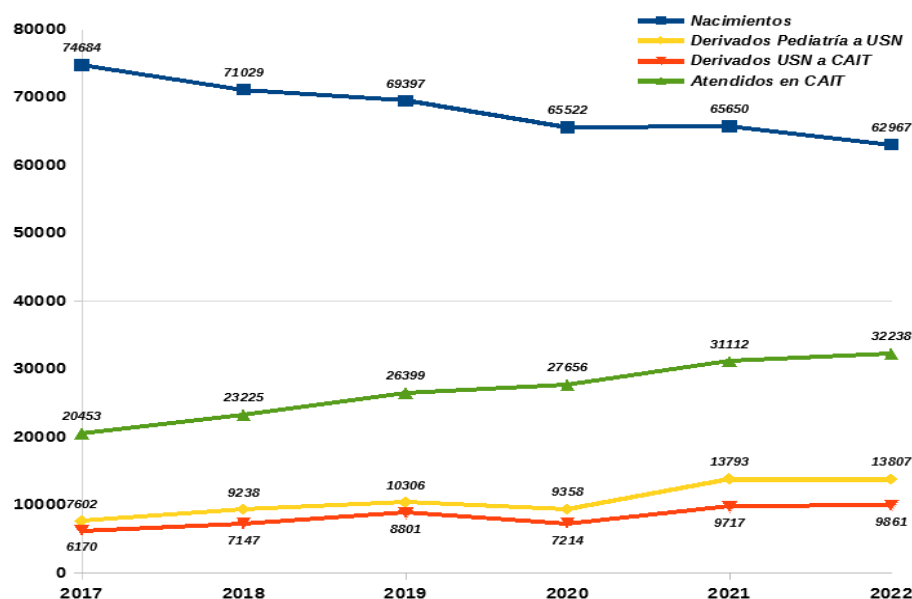
La siguiente figura muestra el número total de personas atendidas en CAIT desagregadas por sexo y provincia, describiéndose en todas ellas una desigual distribución entre niños y niñas.

Fig. 3.4. Número de personas atendidas en los CAIT con los datos desagregados por sexo y provincia.



Fuente: Alborada. 2022.

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



Fuente: Alborada

3.1.4.- Principales diagnósticos

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

Tabla 3.4

Organización Diagnóstica de la Atención Temprana

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

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

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

Tabla 3.5.

Comparativa ODAT ANDALUCÍA 2022.

2022	PEDIATRA			USN			CAIT		
ODAT	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
1. a. Prenatal	571	460	1.031	438	374	812	365	325	690

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



1.b. Perinatal	1.420	1.076	2.496	1.442	1.167	2.609	765	645	1.410
1.c. Postnatal	297	183	480	350	253	603	218	154	372
1.d. Otros factores biológicos	1.191	482	1.673	973	405	1.378	463	219	682
10.a. Desarrollo normal	-	-	-	9	8	17	2	3	5
2.a.Características de los padres	6	1	7	4	1	5	5		5
2.b.Características de la familia	5	1	6	9	8	17	8	7	15
2.c.Estrés durante el embarazo	18	4	22	6	5	11	3	2	5
2.d.Estrés en el periodo neonatal	42	27	69	12	6	18	6	2	8
2.e Periodo postnatal	39	25	64	9	13	22	6	6	12
3.a. Exposición a entornos ambientales con factores de estrés	1	2	3	1	0	1	3		3
3.b. Exposición a entornos sociales con factores de estrés	1	1	2	0	0	0		1	1
3.c Exposición a factores de exclusión social de la familia	3	-	3	0	0	0	1		1
4.a. Trastornos en el desarrollo motor	921	703	1.624	924	657	1.581	816	594	1.410
4.b. Trastornos visuales	55	41	96	42	43	85	36	35	71
4.c. Trastornos auditivos	199	135	334	171	126	297	185	146	331
4.d. Trastornos psicomotores	1.395	750	2.145	781	484	1.265	515	374	889
4.e. Retraso evolutivo	3.486	1.365	4.851	7.230	2.597	9.827	6.695	2.846	9.541
4.f Trastorno en el desarrollo cognitivo	106	38	144	91	27	118	235	98	333
4.g. Trastorno en el desarrollo de comunicación y lenguaje	7.663	2.695	10.358	7.704	2.754	10.458	7.602	2.838	10.440
4.h. Trastorno en la expresión somática	1	-	1	2	-	2	5	1	6
4.i. Trastornos emocionales	1	-	1	3	3	6	19	20	39
4.j. Trastorno de la regulación y comportamentales	7	3	10	38	4	42	369	87	456
4.k. TEA	4.859	1.593	6.452	1.985	558	2.543	4.027	1.169	5.196
4.l. Plurideficiencias	243	114	357	38	22	60	152	102	254
4.m. Otros	-	-	-	12	10	22	33	26	59
5.a. Institucionalización	3	-	3						
5.b. Formas de relación familia-niño	-	1	1				2	1	3
6. a Confluencia de factores de exclusión	-	-	-				1	0	1
SIN DIAGNÓSTICO	-	-		263	176	439	0	0	0
TOTAL	22.537	9.701	32.238	22.537	9.701	32.238	22.537	9.701	32.238

Fuente: Alborada.

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



Tabla 3.6

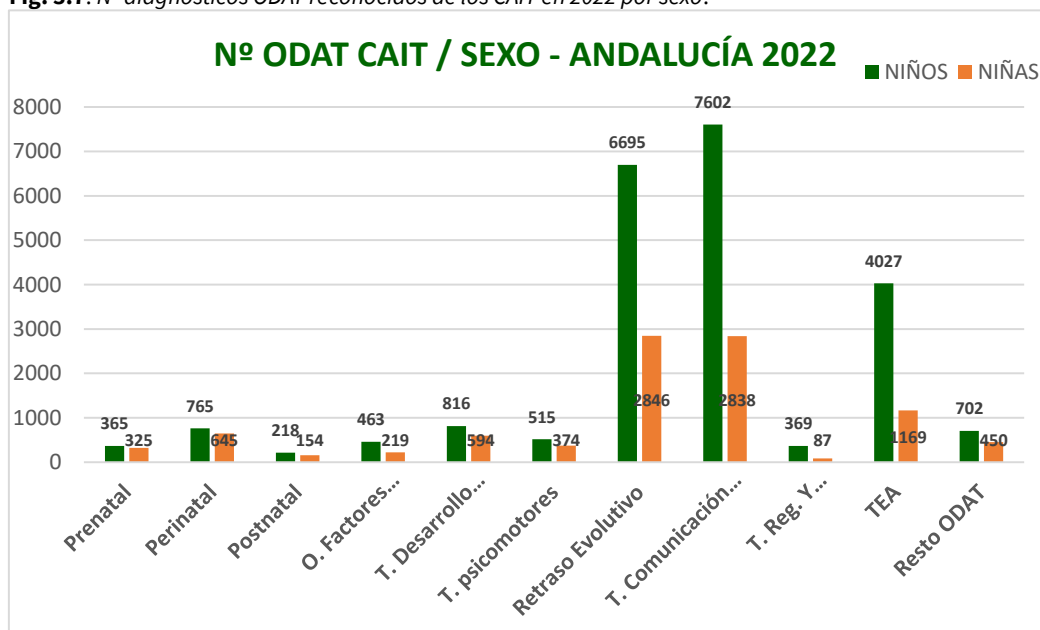
Número y porcentaje de diagnósticos ODAT de los CAIT, agrupado por sexo en 2022.

ODAT CAIT - 2022	niños	niñas	Andalucía	Porcentaje ODAT
Prenatal	365	325	690	2,1
Perinatal	765	645	1.410	4,3
Postnatal	218	154	372	1,1
O. Factores biológicos	463	219	682	2,1
T. Desarrollo motor	816	594	1.410	4,3
T. psicomotores	515	374	889	2,7
Retraso Evolutivo	6.695	2.846	9.541	29,6
T. Comunicación y Lenguaje	7.602	2.838	10.440	32,3
T. Reg. y comportamiento	369	87	456	1,4
TEA	4.027	1.169	5.196	16,1
Resto ODAT	702	450	1.152	3,5
TOTAL	22.537	9.701	32.238	100

Fuente: Alborada.

En la siguiente figura pueden observarse los datos absolutos de diagnósticos ODAT realizados en CAIT desagregados por sexo.

Fig. 3.7. Nº diagnósticos ODAT reconocidos de los CAIT en 2022 por sexo.



Fuente: Alborada.

Persisten estables los **factores de riesgo del eje 1 (pre, peri y posnatales)** sin grandes variaciones a lo largo de los años. Señalar las diferencias de la frecuencia entre los diagnósticos principales codificados por parte de pediatría, las USN y los CAIT. La **prematuridad** constituye un factor de riesgo del niño y de la niña (Eje 1) cambiando el diagnóstico principal hacia un trastorno establecido (Eje 4) si a lo largo del tiempo se objetiva el mismo, lo que explica la disminución de las cifras en los factores de riesgo.



Hay que remarcar que aumentan los diagnósticos de **Retraso evolutivo**, siendo desigual por provincias. Según se especifica en la ODAT, se trata de una categoría diagnóstica establecida por el GAT para ser aplicada en aquellos casos que requieren un diagnóstico inicial o provisional. En concreto, va dirigida al primer año de vida y, en todo caso, se puede prolongar hasta que se obtenga a una puntuación objetiva de las competencias cognitivas de los niños y niñas, por medio de pruebas psicométricas estandarizadas. Con frecuencia se usa a lo largo de todos los primeros años, lo que obliga a establecer unos criterios comunes de codificación.

El **retraso psicomotor**, cuarto en frecuencia a lo largo de 2022, hace referencia a anomalías motoras relacionadas con trastornos cognitivos.

Igualmente, aumenta de forma significativa el diagnóstico de “**Otros factores biológicos**”, que están referidos a signos de alerta detectados en los Equipos de Pediatría de Atención Primaria o en los Centros de Educación Infantil en personas menores que no tienen otros factores de riesgo biológicos y que se codifican en otros apartados. En estos casos hay que tener en cuenta dicha sospecha como factor de riesgo y realizar un seguimiento y atención. Igual que en el caso del Retraso evolutivo, la codificación de este diagnóstico es muy desigual por provincias dando muestra de la gran variabilidad que existe en el uso de la clasificación diagnóstica ODAT.

Esta variabilidad se reduciría a través de la formación a profesionales, dándoles también la posibilidad de realizar las derivaciones codificando por ejes y categorías genéricas. Algunos de los diagnósticos aparecen cerrados para pediatría de primaria, motivo por el cual, se realiza entonces la derivación con otro diagnóstico alternativo que puede guardar cierta relación.

En el informe de los **grupos focales**⁷⁶ se refleja que la obtención del diagnóstico de un trastorno del desarrollo concreto, desencadena un nuevo proceso que tiene que ver con el duelo y la aceptación, toda vez que posibilita la puesta en marcha de estrategias más adaptativas y la búsqueda y aplicación de los recursos más adecuados, entre los que se encuentra el **apoyo de asociaciones** que trabajan con determinados trastornos del desarrollo, en las que por fin encontrarse con familias en situaciones similares.

4.- EL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

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

En Andalucía se ha implementado un tejido de CAIT, a través de un **modelo principalmente generalista** (sin renunciar a poder contar con centros específicos para ciertos trastornos) basado en asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los recursos vinculados a salud, educación y servicios sociales.

4.1.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA

El procedimiento para el acceso a este sistema se inicia en la actualidad en la **consulta de Pediatría de Atención Primaria (AP)**, donde el o la profesional valora los posibles trastornos del

⁷⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



desarrollo o riesgo de presentarlos y realiza el seguimiento, las derivaciones pertinentes a otras especialidades hospitalarias, el diagnóstico diferencial, la adherencia a las citas de seguimiento y al tratamiento, etc.

El Sistema de gestión/información de las personas usuarias de atención temprana se inicia por profesionales sanitarios del **SSPA (AP)** a través de la Historia de Salud Digital del SSPA (**DIRAYA**) y la apertura del expediente en el Sistema de gestión/información de la atención temprana, denominado **ALBORADA**.

A continuación se deriva a la **USN** correspondiente que realizará la valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional que incluye a sus familias y a su entorno. Según la Ley de atención Temprana, la derivación a las USN también pueden realizarla las **Unidades de Gestión Clínica de Pediatría Hospitalaria (UGC)** y los **Servicios de Neonatología**, aunque esta circuito aún está implementándose.

En la actualidad se dispone de una **USN** en cada una de las provincias de Andalucía constituidas generalmente por un equipo formado por dos personas, profesional de pediatría y de psicología clínica. Las USN de Cádiz, Málaga y Sevilla disponen de dos equipos cada una de ellas.

Tras la valoración por parte de las USN y la decisión de idoneidad, es decir, la necesidad de intervención, se realiza la derivación al **CAIT**.

Los **CAIT** son los encargados de la asistencia de las personas menores que han sido derivadas desde las USN. Cuentan con un equipo básico de profesionales para poder realizar las intervenciones específicas en cada caso, del ámbito de la Psicología, Logopedia y Fisioterapia. Las personas profesionales de los CAIT gestionan la intervención mediante un **Plan Individualizado de Intervención Temprana (PIIT)** a desarrollar con la persona menor, su familia y entorno, en colaboración y coordinación con los recursos propios del ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales, todos ellos representados en el EPAT, dando respuesta de manera conjunta y colaborativa a las necesidades observadas.

Se considera “**No idoneidad**” los casos en los que la valoración por parte de la USN indica que la persona menor no presenta un trastorno del desarrollo susceptible de recibir intervención en CAIT.

Puede que en una primera valoración no se considere la **idoneidad** para realizar una intervención en CAIT. En este caso, se puede dar una cita de revisión en la USN para una **nueva valoración**, ya que en algunos trastornos del desarrollo sus manifestaciones se modifican de acuerdo a los cambios madurativos o se enmascaran por mecanismos compensatorios que obligan a una reevaluación posterior. También es posible la solicitud de una **segunda opinión** por demanda de la familia⁷⁷.

Por otra parte, aunque se determine la “**No idoneidad**” para recibir intervención en un CAIT, se dan recomendaciones a la familia, al pediatra, a los centros escolares o a los servicios sociales para la valoración y el seguimiento del o la menor.

Los CAIT están relacionados también con los **Centros de Salud** de su área de influencia geográfica, favoreciendo la continuidad de la atención.

Fig. 4.1. Diagrama de flujo de la prestación del servicio de Atención Temprana.

⁷⁷ Orden de 10 de julio de 2018, por la que se regulan los criterios y el procedimiento para solicitar segunda valoración en el proceso de atención infantil temprana. BOJA Número 137, 17 de julio de 2018.



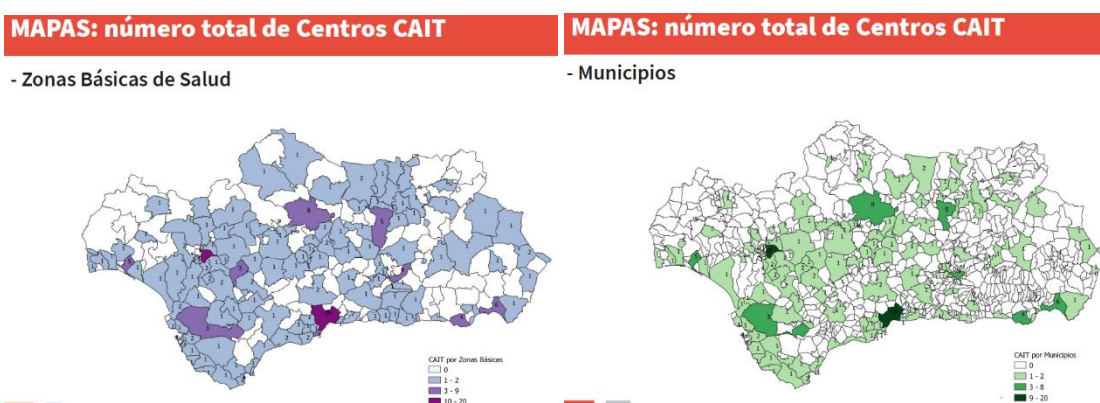
información de mapas de GNOIDE, gestionado por el **Servicio de Estadísticas Sanitarias** de la Consejería de Salud y Consumo. Permite ver la geolocalización actualizada de los CAIT por provincias, Zonas Básicas de Salud (ZBS), municipios y distritos⁷⁸.

- **Geocodificación**
- **Representación del mapa**
- **Análisis de exactitud**

La mayor concentración de CAIT se indica con la intensidad del color en los mapas que se acompañan. Cuanto más se oscurece el color, mayor número de CAIT. Esta distribución coincide con las zonas más pobladas del litoral y del eje del Guadalquivir, quedando las zonas rurales de montaña con menor población, con menos centros o ninguno.

Fig.4-3.

Mapas de CAIT geolocalizados por zona básica de salud y por municipios.



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

4.3.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL ENTORNO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.

El **Sistema ALBORADA** es una herramienta de gestión que facilita la coordinación de todas las personas que intervienen en el seguimiento de los niños y niñas con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos y sus familias. Coordina a profesionales del Sistema Sanitario Público, de las USN, de los CAIT, EPAT, servicios sociales y educación. Este sistema se encuentra en funcionamiento desde 2011 y ha ido evolucionado hasta la actualidad adaptando sus funcionalidades a las nuevas casuísticas y a la legislación vigente⁷⁹.

El **objeto** del sistema de información es dar cobertura a todo el ciclo de la atención temprana, integrando toda la información necesaria en el mismo sistema y coordinando las actuaciones

⁷⁸ Sistema de información de mapas de GNOIDE. URL DE ACCESO AL MAPA GIS DE CENTROS Y SERVICIOS CAIT DEL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA:

https://www.ideandalucia.es/mapea/?layers=WMS*Callejero%20Andaluc%C3%ADA*https://www.callejerodeandalucia.es/servicios/base/wms?%27%CDAU_base*false*true**1.3.0*image/png&wmfile=https://www.ideandalucia.es:443/ggiscloud/restapi/context/xml/04af05ab-bd72-43fc-a6e4-95d4def2d212&controls=panzoom,panzoombar,mouse.getfeatureinfo,scale,location,scaleline&plugins=measurebar,printer,completeoc&geosearch=https://www.ideandalucia.es/geosearch/*mapa1682567871222*/search&overviewmap=BR*true*true*true*3&projection=EPSG:25830*m&ticket=PWUMZ5MQTPUGAEWTHCXVSFZLIZ7NZPKWTFZQKMQAWUNLQTP5BEXEIFY3SVXQFGYLU4FDE2MUFSKH6HTXFAWE7CFOD552CV6P4B7CXFF5KBQSWX4OQ7KBZMFJ3VWVDVUURD3P5MOVZM2FZYSETVTUWUZZFN4BIUNMUVRJN6JYY5LP7Y6BKVQ

⁷⁹ Sagués Amadó A, Pons Tubío A, Alcázar Domínguez J, Jiménez Colorado A. Proyecto ALBORADA: el Sistema de Información de Atención Temprana de Andalucía. Ed. Fundación CASER. Madrid.



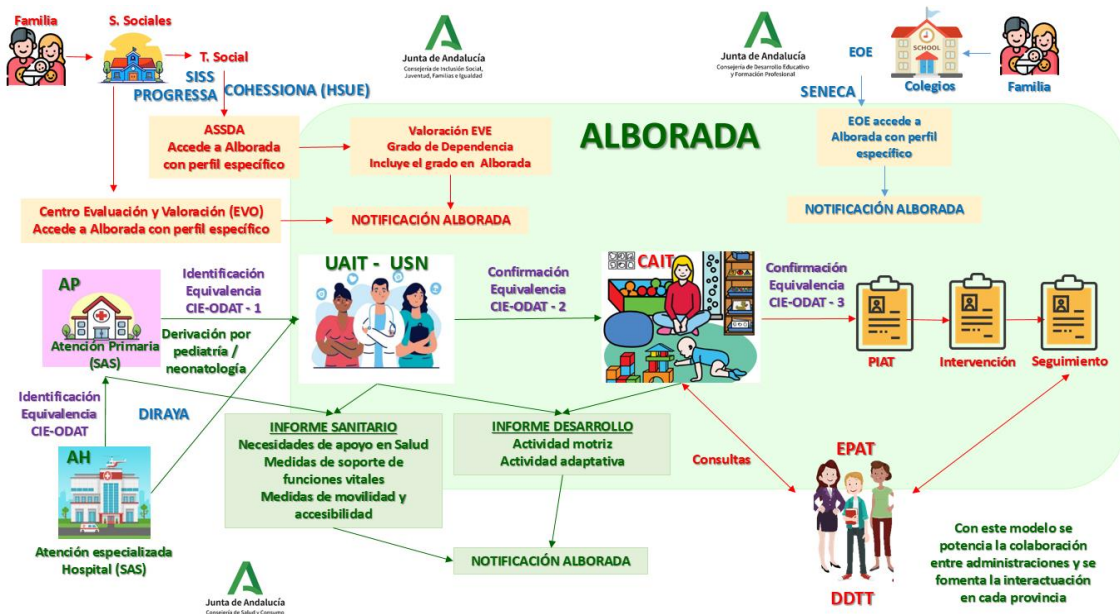
de los diferentes agentes que participan en el proceso. Las **fases del proceso** son: Gestión, Identificación, Derivación, Admisión, Intervención y Alta.

Composición: Consta de seis módulos fundamentales:

- I. **Módulo de profesionales del SAS.**
- II. **Módulo CAIT**
- III. **Módulo de Gestión de la Prestación**
- IV. **Módulo de Gestión Económica**
- V. **Módulo de Tratamiento de la Información**
- VI. **Módulo de Administración del Sistema**

Fig. 4.4.

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



Fuente: Elaboración propia

Tal y como se ha indicado anteriormente, desde pediatría de AP se determina la derivación a las USN. Para ello, y con el objetivo de utilizar un lenguaje unificado, se cataloga el trastorno o riesgo de presentar según la **Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT)**⁸⁰.

El sistema ALBORADA cuenta con una tabla de equivalencias entre la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y la ODAT que permite la inclusión automática (ante un diagnóstico CIE concreto) de una persona menor en el **Proceso Asistencial Integrado de Atención Temprana de la Consejería de Salud y Consumo (CSC)** favoreciendo la codificación de los diagnósticos de Atención Temprana con un lenguaje común con los CAIT.

80 Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana. Organización Diagnóstica para la Atención Temprana. Manual de Instrucciones. 2004.



Este proceso se realiza directamente desde el propio escritorio de DIRAYA, permitiendo acceder a Alborada desde el visor de DIRAYA (icono de proceso asistencial AT). Los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) existentes para la inclusión de la persona menor en el ciclo de atención temprana de Andalucía son los siguientes⁸¹:

- PAI atención temprana – general.
- Seguimiento recién nacido de riesgo.
- Trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual⁸².
- Trastornos del desarrollo con discapacidad motora.
- Trastornos del espectro autista.
- Trastornos sensoriales.

En la pestaña UAIT (ahora USN) se puede consultar la valoración realizada a la persona menor con los campos abiertos de Historia, Exploración, Pruebas y Observaciones. Puede generarse un solo informe que se entrega a la familia y que habitualmente se cuelga en la pestaña de “Documentos”. Se está trabajando para que estén disponibles para profesionales de AP ya que no lo están por el momento. Esto genera una importante dificultad para la transmisión de la información.

En la actualidad, tienen acceso a ALBORADA profesionales de AP y Atención Hospitalaria (AH), USN, CAIT y EPAT, pero no a todos los documentos que se generan en el sistema. El sistema no permite compartir datos con cualquier otro sistema de forma interoperativa en tiempo real. También se proporciona acceso a Servicios Sociales (Valoración de la dependencia - valoradores⁸³; Centros de Valoración y Orientación - EVOS) y de Educación (Equipos de Orientación Educativa – EOE).

El 93% de las personas que ha contestado la **encuesta a profesionales**, realizadas desde el Servicio de Atención Temprana para el PIAT⁸⁴, utiliza Alborada.

- El porcentaje menor de uso corresponde a quienes desempeñan funciones de detección y diagnóstico, mientras que si la función es de tratamiento, el uso asciende al 100% del personal, que cuenta con formación específica para ello.
- Los aspectos mejor valorados de Alborada son los relacionados con el propio desarrollo del sistema, y concretamente, la satisfacción con el diseño y la estructura de los módulos alcanza el 58%, con las funcionalidades sube hasta el 61%, llegando al 63% con el acceso a la información.
- Por contra, para un alto porcentaje de personas usuarias de Alborada, la experiencia con el sistema resulta deficiente, en concreto, la agilidad del sistema es considerada nada satisfactoria al 74%, la conectividad al 60% y el acceso a la página al 50%.
- La valoración de la accesibilidad es peor entre las personas con más formación y aquellas que tienen una experiencia entre 3 y 5 años, así como entre las que desarrollan tareas de tratamiento; y es marcadamente negativa en las provincias de Huelva y Málaga.

81 NOTA: Está pendiente de finalizar, validar, autorizar y publicar el PAI sobre trastorno del lenguaje.

82 Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

83 Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE.42. 18 de febrero de 2011. Pág. 18567-18691.

84 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



- Las principales dificultades encontradas están en los fallos del sistema, la incompatibilidad de navegadores, la información insuficiente, la lentitud del manejo, la usabilidad, la visualizar y la descarga de informes.

En lo que respecta al acceso a la información, en la **encuesta a profesionales** se observa que es mayoritariamente frecuente el acceso a la información sobre la persona menor, especialmente a la Historia de Salud (55%), a datos de escolarización (53%), a factores de riesgo pre-perinatales (46%), así como a los informes de evolución (45%). Por el contrario, señalar que más de la mitad del personal encuestado (57%) ha manifestado que no consulta con frecuencia, en concreto nunca (16%) o a veces (41%), información sobre otras prestaciones y recursos.

Las personas profesionales que han sido **entrevistadas como informantes clave**⁸⁵, han manifestado, en términos generales, una opinión negativa en relación con el sistema Alborada que es percibida como una herramienta de control y fiscalización por parte de la administración, más que una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación con otros profesionales, no siendo percibida la utilidad en la mejora de la calidad del servicio y para obtener datos de interés. Por ello, hacen hincapié en la necesidad de actualizar el sistema para hacerlo más operativo.

Con respecto al intercambio de información con otros sistemas, ALBORADA no permite la interoperabilidad con los diferentes sistemas y bases de datos que se enumeran a continuación.

4.3.1.- Programa historia social única electrónica (CohESSiona) / informático SISS – ProgreSSa

La **Historia Social Única Electrónica de Andalucía**⁸⁶ (**CohESSiona**) es un sistema de información unificado en el ámbito de los servicios sociales que tiene entre sus objetivos simplificar los procesos y facilitar las gestiones a la ciudadanía para ofrecer una atención integral y de calidad. A través de ella, y una vez implantada en su totalidad, será la referencia del sistema de servicios sociales de Andalucía, que atiende a más de dos millones de personas usuarias e integra unos 75.000 profesionales. Incorpora en un único sistema electrónico toda la información de los servicios sociales comunitarios y especializados, así como la correspondiente a las entidades, tanto públicas como privadas, proveedoras de estos servicios concertados con la Junta de Andalucía.

ProgreSSa es el sistema de información (en construcción), puesto a disposición de las entidades locales andaluzas competentes para la gestión integral de los servicios sociales comunitarios (SSCC) que comprende el registro, tratamiento y administración de los datos relativos a las prestaciones y servicios del **Catálogo de Prestaciones** del SPSSA. Incorpora la generación, registro, actualización, modificación y seguimiento de la información contenida en la **ficha social** de las personas usuarias de los SSCC. Asimismo, la elaboración, control, seguimiento y evaluación del proyecto de intervención social (PIA), que podrá ser tanto individual como de la unidad familiar o de convivencia, será de conformidad con lo previsto en el **artículo 46 de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre**⁸⁷.

⁸⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

⁸⁶ M GARCÍA SÁEZ, F ALONSO TRUJILLO, et al. Libro Blanco de la Historia Social Única Electrónica de Andalucía. (Resumen ejecutivo – Proyecto RESISOR). 1ª edición. Versión en español. Vol. 1. 2018. p. 1-64. Ed Consejería de Igualdad y Políticas Sociales - SGPS. SEVILLA. DEP. LEGAL: SE 2499-2018-1. URL: <http://www.resisor.es/images/descargas/Libro-Blanco.pdf>

⁸⁷ Decreto 58/2022, de 27 de abril, por el que se regula la estructura, uso, acceso, alcance y funciones del sistema CohESSiona,



Actualmente, las personas profesionales de las USN y CAIT no tienen acceso a las bases de datos de ProgreSSa y CoheSSiona, ni existe la posibilidad de compartir datos con otros sistemas de información de otras Consejerías mediante un intercambio interoperativo con Alborada.

4.3.2.- Sistema de información para la autonomía y la atención a la dependencia (SISAAD)

El SISAAD es el Sistema de Información que garantiza a nivel nacional la disponibilidad de la información relativa al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y la comunicación recíproca entre las administraciones públicas⁸⁸.

El SISAAD se regula en la **Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre**, con la finalidad de garantizar una mejor disponibilidad de la información y de la comunicación recíproca entre las administraciones públicas, así como facilitar la compatibilidad y el intercambio de información entre estas, consiguiendo así una mejor gestión, explotación y transparencia de los datos contenidos en el mismo. Todo ello con respeto a las competencias que las comunidades autónomas y el resto de administraciones públicas tienen asignadas en la materia.

4.3.3.- Sistema de información del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA).

DIRAYA es el sistema que se utiliza en el Servicio Andaluz de Salud como soporte de la historia clínica electrónica⁸⁹. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendidas en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle⁹⁰, y sirve también para la gestión del sistema sanitario y estudios comparativos interregionales⁹¹.

Infoweb es una Plataforma de Información de Gestión Sanitaria, desde la que el SAS puede obtener diferentes datos que facilitan la gestión a los centros. Respecto a la atención temprana, se ha incorporado la información desde 2019 en cuanto a: nº de citas, nº de consultas realizadas, pacientes, población de 5 años o menos, % pacientes sobre población, frecuentación por cada 1000 habitantes, media de consultas realizadas, nº jornadas con actividad y media por profesional y jornada.

En la actualidad, las personas profesionales de las USN tienen acceso a los expedientes e historias clínicas de DIRAYA y pueden volcar manualmente en ALBORADA información clave. A su vez, en los CAIT se puede ver la información volcada desde las USN. Sin embargo, este volcado no es automático ni interoperativo entre las bases de datos.

por el que se implementa la Historia Social Única Electrónica de Andalucía, y se crea el sistema ProgreSSa para la gestión de los Servicios Sociales comunitarios de Andalucía. – BOJA N82. 03/05/2022. URL: <https://juntadeandalucia.es/boja/2022/82/5>

⁸⁸ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, no en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero.

⁸⁹ DIRAYA. SAS. URL: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/diraya>

⁹⁰ Moving toward a single comprehensive electronic health record for every citizen in Andalucía, Spain. Protti, Denis. Healthcare Quarterly 10(4): 114-123 URL: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/2007_EH_vol6_no2_Protti.pdf

⁹¹ Comparing the application of Health Information Technology in Primary Care in Denmark and Andalucía, Spain. Protti, Denis; Johansen, Ib; Perez-Torres, Francisco. International Journal of Medical Informatics 78(4): 270-83. URL: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/2009_Denmarck_Andalucia.pdf



4.3.4.- Portal SÉNECA de Educación.

El programa SÉNECA permite la gestión de los centros educativos dependientes de la Consejería competente en materia de Educación. Permite la gestión y comunicación de documentos públicos y contiene las herramientas de trabajo y seguimiento⁹². En la actualidad está cedido a seis CCAA. SÉNECA debe concretarse para ofrecer una información más rigurosa de la funcionalidad de este sistema con respecto al alumnado y profesionales a los que se dirige este Plan.

En Alborada existe la posibilidad de abrir un informe de escolarización que se cumplimenta una vez que el alumnado ha sido valorado por los Equipos de Orientación Educativa (EOE) y se le reconocen Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE).

Hasta la fecha, el acceso a ALBORADA solo está habilitado para profesionales de los EOE especialistas en AT que se integran en los EPAT. Asimismo, la D.G. de Planificación, Centros y Enseñanza Concertada y algunos EOE cuentan con el acceso a este Sistema con objeto de la verificación de datos de cara a los procesos de admisión del alumnado en los centros educativos.

Actualmente, desde las USN no se tiene acceso a esta base de datos, ni existe la posibilidad de compartir la información que contiene con otros sistemas informáticos de otras Consejerías mediante un intercambio interoperativo.

5.- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA.

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

En la actualidad, se están desarrollando actuaciones de prevención primaria en diferentes niveles y por distintos organismos del sistema de atención:

1.- Programas de **educación afectivo-sexual y reproductiva**, y acceso universal a prácticas clínicas efectivas de **planificación de la reproducción (embarazo, parto y puerperio)**.

- Desde educación, servicios sociales y salud se impulsan actuaciones de salud sexual, salud reproductiva, responsabilidad en materia de reproducción, incorporando métodos anticonceptivos de última generación y programas y servicios para evitar embarazos no deseados.
- Desde el SAS, consejo genético y diagnóstico prenatal, mediante estrategias dirigidas a la identificación de personas en edad fértil con riesgo genético, obstétrico, riesgo de prematuridad, psicológico o social.

2.- Desde salud, actividades dirigidas a:

⁹² Sistema Informático SÉNECA. Consejería de Educación y Deporte. URL: <https://repositorio.i-administracion.junta-andalucia.es/repositorio/usuario/listado/fichacompleta.jsf?idProyecto=526>



- Humanización de la atención perinatal y del proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio.
- Fomento de la parentalidad positiva.
- Seguimiento del desarrollo evolutivo.
- Vacunación durante el embarazo.
- Vacunación infantil.
- Promoción de la lactancia materna.
- Información sobre factores de riesgo medioambiental y laboral para las embarazadas.
- Desde AP y en los servicios de pediatría y unidades de neonatología hospitalarias del SSPA, implantación y refuerzo de los cuidados centrados en el desarrollo.

3.- Factores de riesgo medioambientales y laborales para las mujeres embarazadas, preparación para una crianza saludable, y promoción de estilo de vida saludable en el ciclo vital.

4.- Programas de prevención prenatal/perinatal para minimizar las desigualdades en población de riesgo psicosocial, en especial, en las **Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)**.

5.- Seguimiento del desarrollo evolutivo y crianza de los niños y niñas, así como promoción de la **parentalidad positiva** hasta los 6 años.

6.- Programas de **formación de profesionales** en sus diferentes ramas y especialidades en atención temprana y atención infantil hasta los 6 años (alimentación saludable, estimulación del desarrollo, estimulación del lenguaje, etc.)

7.- **Programas de Investigación** en colaboración con las universidades y organismos públicos de investigación.

6.- PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA – DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.

La prevención secundaria en atención temprana tiene por objeto la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo⁹³.

6.1.- DETECCIÓN.

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental de la atención temprana en la medida en que va a posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad. Cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño o la niña, las familias y su entorno.

La detección temprana de los trastornos en el desarrollo infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. Es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades

⁹³ Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Documentos 55. MADRID. 2005.



terapéuticas muestran una alta eficacia. Es necesario detectar los trastornos del desarrollo infantil en el momento en que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, si es posible, antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de signos de alerta, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todas aquellas personas que trabajan con poblaciones infantiles.

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

DETECCIÓN FAMILIAR: A nivel familiar son los padres y madres los que pueden señalar a diferentes profesionales la existencia de un problema en el desarrollo, siendo a veces minusvalorados, llevando a un diagnóstico tardío del problema.

De las **encuestas a profesionales de atención temprana del PIAT-A⁹⁴** realizadas se obtiene:

- El dato de que las principales fuentes de detección de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y profesionales del ámbito de la salud (35%).
- En tercer lugar, destacan profesionales del ámbito educativo (18%), siendo el resto de las opciones planteadas (familiares que no conviven con la persona menor, profesionales del ámbito de los servicios sociales u otros) prácticamente inexistentes.
- Se observan diferencias a nivel provincial, destacando la reducida cifra de profesionales que han señalado a otros del ámbito educativo como principal fuente de detección en la provincia de Cádiz (7%) si se compara con las cifras en la provincia de Huelva (36%).
- El porcentaje de profesionales que señalan como principal fuente de detección a familiares que conviven con el menor es superior en Atención Primaria (56%) frente a los que trabajan en Centros de Atención e Intervención Temprana (42,85%).

El **informe de las entrevistas a Grupos Focales del PIAT-A⁹⁵** detectó:

- Que hay diferencias evidentes, entre las que existe más conocimiento en general y están más asimiladas socialmente y las que no son tan perceptibles a simple vista, con menos conocimiento.
- Muchas madres entrevistadas en los grupos focales se han sentido culpabilizadas al ignorar estas primeras señales de alerta, que ellas sí detectaron. Manifiestan que les ha costado acceder al sistema de atención temprana porque desde atención primaria no se tramitaba la derivación a la USN para la valoración. Aunque las madres alertaran al personal médico de síntomas y señales, este no atendía a estas alertas como ellas esperaban.
- Para otras familias el procedimiento de valoración ha sido rápido porque se ha detectado el riesgo desde las Unidades de Neonatología. La prematuridad y el RN de riesgo conllevan un proceso diferente.
- El establecimiento de unos criterios claros de derivación y la priorización de la valoración, en función de la gravedad del diagnóstico previo, acorta los tiempos de espera y disminuye la variabilidad. En estos casos, las visitas y controles médicos son más frecuentes, la vigilancia es más cercana y la comunicación más continúa.

94 Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

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



- Estas familias, y las que tienen bebés que nacieron de forma prematura o tenían problemas neonatales, mencionan cuestiones específicas que hicieron que la comunicación del diagnóstico y la adaptación a la situación fuese más fácil: el diagnóstico no les sorprendió, porque fueron las propias familias quienes identificaron el trastorno o porque estaban presentes cuando se produjo el evento que catalizó la necesidad de atención temprana; el trato del personal de sanidad fue cercano; la información que recibieron respondió sus dudas; el procedimiento de acceso fue más rápido porque se identificaron con mayor claridad las necesidades y los factores de riesgo. Todo esto hizo que tuvieran menos incertidumbre.
- Dependiendo del tipo de causa, del tipo de trastorno, de la gravedad del diagnóstico, del grado de evolución, del tiempo transcurrido desde que se detectó, del capital (simbólico, económico, social y cultural) con el que se cuenta, la experiencia puede ser diferente en algunos aspectos, pero hay muchas cuestiones y necesidades comunes.
- Cuando la familia cuenta con experiencia previa en el sistema de atención temprana, porque tienen o han tenido algún o alguna menor que han estado recibiendo terapias en CAIT, describen vivencias diferentes entre un caso y el siguiente. En primer lugar, cabe pensar que hay procesos de asimilación que ya se han vivido y se conoce el mecanismo de acceso al sistema de atención temprana y la hoja de ruta, lo que influye en que la segunda experiencia sea diferente.
- No todos los casos que enfrentan las familias entrevistadas tienen la misma gravedad, hay limitaciones leves, retrasos que se superan, o limitaciones que no se materializan. En estas situaciones, las personas menores tienen menos necesidades especiales. La vulnerabilidad que el problema de desarrollo añade a los niños y las niñas cambia la experiencia y la vivencia de la familia.

En la actualidad, existe una extensa línea de trabajo sobre cómo utilizar esta capacidad de las familias para la detección de los TD. Se ha discutido si las preocupaciones expresadas por los padres y madres pueden ser consideradas como un test en sí o solo como un medio para seleccionar a quién aplicar otros métodos de evaluación⁹⁶.

Alrededor del 50% de los niños y niñas cuyas familias expresaron este tipo de preocupaciones acerca de su lenguaje, desarrollo motor, cognitivo o de aprendizaje, tenían problemas o necesitaban educación especial^{97, 98}.

DETECCIÓN EN SERVICIOS SANITARIOS: A nivel de salud existen programas de implantación universal en toda la Comunidad (Programa de Seguimiento de Salud Infantil y Adolescente, detección de las metabopatías congénitas, detección precoz de la hipoacusia congénita, etc.). Se detectan trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos en:

1.- La atención primaria. En el programa de salud infantil y en el seguimiento de menores con factores de riesgo psiconeurosensorial⁹⁹. También en la actividad de consulta a demanda de pediatría.

96 Galscoe FP. The role of parents in detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics* 1995; 95: 829-36

97 Galbe Sánchez-Ventura J, Merino Moína M, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 1). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:73-8

98 Caronna EB, Augustyn M, Zuckerman B. Revisiting parental concerns in the age of autism spectrum disorders: the need to help parents in the face of uncertainty. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2007; 161(4):406-8

99 Canadian Task Force on Preventive Health Care. Tonelli M, Parkin P, Brainer P, Leduc D, Pottie K et al. Recommendations of screening for developmental delay. *CMAJ* 2016; 188: 579-87



2.- La atención hospitalaria. La detección de casos en situación de especial alerta clínica, se realiza a través de la vigilancia en los siguientes servicios, unidades y programas:

- En las unidades de hospitalización neonatales.
- En el seguimiento de menores con factores de riesgo prenatales o perinatales. Consultas de Neonatología / Unidades de Maduración.
- En el programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas (prueba del talón).
- En las UGC Pediátricas de Neuropediatría, UGC de Oftalmología y UGC de Rehabilitación.
- En los servicios de Salud mental comunitaria o en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil hospitalarias (USMIJ).
- En el programa de cribado neonatal de hipoacusia o en consultas de ORL para estudio de hipoacusias asociadas con patología ORL o ciertos factores de riesgo.

El **cribado de hipoacusia** es de carácter universal. La primera prueba, de otoemisiones acústicas (OEA), se realiza antes de los dos meses de vida, preferentemente antes del alta hospitalaria por nacimiento. En caso de resultado dudoso, se repite esta prueba de cribado (2ª prueba) y, si la duda persiste, se procede a realizar la prueba de potenciales evocados auditivos - PEAT (3ª prueba), para confirmación.

Según el Registro de Hipoacusias (D.G. de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la CSC) a lo largo de 2022 se realizaron un total de 122 diagnósticos de hipoacusia, de los que 67 fueron en niños (54,84%) y 55 en niñas (45,16%). En dicho año fueron derivados por parte de pediatría un total de 334 menores con diagnóstico ODAT principal de Trastorno auditivo, cifra superior al número de diagnósticos según el cribado auditivo porque puede incluir las hipoacusias adquiridas. Sería necesario realizar un cruce de datos entre los servicios de ORL y Atención Temprana para comprobar que todos los niños y niñas que han sido diagnosticados mediante el cribado auditivo son atendidos en atención temprana y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la intervención en CAIT. Dicha información permitiría establecer protocolos de coordinación para aligerar los tiempos de espera.

Tabla. 6.1.

Detección y diagnósticos de hipoacusias por provincias en Andalucía. 2022.

Ámbito	A. Nº de Recién Nacidos:	G. Nº de R.N. con diagnóstico de Hipoacusia (unilateral o bilateral)	Incidencia de Hipoacusia ((G+K)/B)	Valor predictivo positivo (G/C)
Andalucía	63.898	122	2,5	30,4
Almería	6.744	21	3,5	3,6
Cádiz	8.219	42	6,4	53,4
Córdoba	4.555	0	0	0
Granada	7.301	8	1,4	17,7
Huelva	3.455	0	0	0
Jaén	3.900	18	4,8	56,2
Málaga	12.567	8	0,8	10,1
Sevilla	14.743	25	2,4	35,7
Desconocido	2.415	0	0	0

Fuente: SAS

El programa de **cribado de enfermedades congénitas endocrinas y metabólicas** en neonatos tiene por objeto la detección precoz que posibilite su identificación y el tratamiento temprano, de forma que permita evitar el daño neurológico y reducir la mortalidad,



morbilidad y posibles discapacidades asociadas a estas enfermedades. Dicho programa ha demostrado una alta eficacia al facilitar el diagnóstico inmediato mediante la realización de pruebas de análisis bioquímico sobre muestras de sangre periférica obtenidas de los recién nacidos, la conocida como “*prueba del talón*”.

Según la **Base de datos de Metabolopatías de Andalucía** de la D.G de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la CSC, la cobertura total del cribado en el año 2022 fue del 99,4% con un total de 342 diagnósticos: 28 hipotiroidismo congénito, 9 otros hipotiroidismos, 8 fibrosis quística, 3 fenilcetonuria, 8 fenilcetonuria + hiperfenilalaninemia, 2 aciduria glutárica tipo 1, 4 deficiencia acilCoA deshidrogenasa de cadena media, 23 enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, 6 otras metabolopatías (incluidas en el cribado de Andalucía) y 251 hemoglobinopatías. Al igual que ocurre con el programa de detección de hipoacusias, sería necesario realizar un cruce de datos para conocer si los menores diagnosticados de metabolopatías que conllevan riesgo neurológico son finalmente derivados a atención temprana para realizar intervención y valorar los tiempos de demora.

En cuanto al **registro de Enfermedades Raras o poco frecuentes**, cuya prevalencia es inferior a 5 casos por 10.000 personas, se puede consultar en la plataforma Infoweb del SAS donde se incorpora información actualizada a 2020 sobre casos de enfermedades raras por tramos de edad y sexo, así como la distribución local, provincial, y regional de los casos diagnosticados. Con relación a la atención temprana, aún no se puede construir el grupo de edad de 0 a 5 años. Se dispone de datos agrupados por los tramos de <1 año, 1-4 años y 5-9 años. El conocimiento de dichas enfermedades facilitaría la transmisión de información para analizar las posibles derivaciones a Atención Temprana y el Plan de intervención más adecuado para cada una de ellas.

DETECCIÓN EN SERVICIOS EDUCATIVOS: A nivel educativo, los centros que imparten el primer ciclo de Educación Infantil constituyen un medio óptimo para la detección de alumnado que presenta, o se encuentra en riesgo de presentar, trastornos en el desarrollo o indicios de niveles altos de capacidades intelectuales al estar integrados en grupos de iguales que se encuentran en estadios evolutivos similares¹⁰⁰.

Una vez que el niño o niña va a la escuela, tanto en primer como en segundo ciclo de Educación Infantil, el colectivo docente es un importante agente de detección. En este periodo pueden hacerse evidentes dificultades en habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, de atención y percepción, y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.

Al no ser una etapa de escolarización obligatoria, los **informantes clave**¹⁰¹ advierten del problema de menores con escolarización tardía, en los que el personal de los centros educativos no tiene la posibilidad de detectar trastornos del desarrollo hasta su incorporación en primaria, cuando ya tienen los 6 años.

Existen protocolos establecidos, tanto en centros públicos como concertados, para:

- La detección de signos de alerta en el desarrollo en el primer ciclo de la Educación Infantil.

¹⁰⁰ Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. Consejería de Educación. Junta de Andalucía.

¹⁰¹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



- La participación e intervención de los EOE especialistas en atención temprana en los procesos de detección, asesoramiento, evaluación y derivación al EPAT.
- La detección en el proceso de admisión a 2º ciclo de Educación Infantil.

DETECCIÓN EN SERVICIOS SOCIALES: El sistema de Servicios Sociales detecta casos en:

- 1.- La **atención primaria:** Servicios Sociales Comunitarios y en especial por los Equipos de Tratamiento Familiar locales (**ETF**).
- 2.- Los **servicios de valoración de dependencia**¹⁰² y **discapacidad**¹⁰³.

6.2.- LA DEMORA EN LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

Una vez detectado el riesgo de tener un trastorno del desarrollo o la presencia del mismo, se inicia el procedimiento de acceso al sistema de atención temprana. Este acceso implica un flujo de identificación-valoración-derivación al CAIT, que conlleva al menos tres tiempos de espera:

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

Con relación a la opinión acerca de los tiempos de espera para que la persona menor acceda a los servicios, en las **encuestas realizadas a profesionales**¹⁰⁴ se han identificado diferencias en función de la tipología del recurso que se trate.

- Se ha manifestado una situación negativa (un 41% ha considerado excesivos los tiempos de espera) en la USN, así como en el CAIT u otro recurso terapéutico.
- Sin embargo, estos porcentajes de consideración excesiva de tiempos de espera han sido la mitad (20%), en el acceso de la persona menor a pediatría de atención primaria.
- En una posición ligeramente intermedia entre ambos porcentajes de consideración excesiva de los tiempos de espera, se ubica el acceso a pediatría en atención hospitalaria, con un 36%.
- Destacar, que el servicio de pediatría en atención primaria ha sido el mejor valorado en cuanto a tiempos de espera de acceso ya que un 13% ha manifestado que no existe demora, mientras que en otros servicios ha sido sensiblemente inferior esta calificación positiva (3% en pediatría de atención hospitalaria y 4% en la USN).

Los **informantes clave**¹⁰⁵ manifiestan en las entrevistas realizadas, que existe una fuerte problemática en cuanto a la demora en el acceso al sistema de atención temprana, principalmente en el acceso a las USN, debido a la insuficiencia de recursos humanos y a una falta de eficiencia en los procesos y protocolos, que alargan los plazos e incrementan las listas de espera.

¹⁰² Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE.42. 18 de febrero de 2011. Pág. 18567-18691.

¹⁰³ Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

¹⁰⁴ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹⁰⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



6.3.- VALORACIÓN – DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una alteración en el desarrollo consiste en la puesta en evidencia y en el conocimiento de sus supuestas causas, permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica.

Ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta cada menor es, en la mayoría de casos, multifactorial y fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psicoafectiva y condiciones del entorno en general.

El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño o una niña será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios.

En las **entrevistas semiestructuradas realizadas a informantes clave**¹⁰⁶ no se ha recogido una opinión unánime en torno la existencia o no de problemática de infradiagnóstico, de tal manera que se han identificado opiniones contrapuestas: para algunos profesionales consultados sí existe problema de infradiagnóstico mientras que para otros, no. En cualquier caso:

- La mayoría de las fuentes entrevistadas opinan que no existe infradiagnóstico como tal, si bien ambas posturas plantean solidas argumentaciones al respecto. Se expone en reiteradas ocasiones que depende de la sensibilidad del profesional encargado de la detección.
- Los principales factores específicos que explican la rapidez en los diagnósticos han sido la formación del personal sanitario, y sobre todo, del ámbito educativo, de tal manera que gracias a esta formación específica en atención temprana pueden detectar en los centros educativos indicios de trastornos del desarrollo que derivar al sistema.
- La existencia de problemas de infradiagnóstico lo argumentan en base a la insuficiencia de recursos, que provoca retrasos en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de estos de los recursos con los que cuenta el sistema de atención temprana.
- Especialmente relevante han sido, en este sentido, los argumentos en torno a los diagnósticos erróneos, debido a que el personal sanitario que lo ha realizado no cuenta con la formación necesaria, que deriva en una grave problemática para la persona menor, que arrastrará en su infancia un diagnóstico que no se corresponde con su estado real de salud, lo cual generará implicaciones negativas en su proceso madurativo.

6.3.1. Ámbitos del diagnóstico

El diagnóstico en atención temprana debe contemplar el **ámbito biológico, psicológico, social y educativo**, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

6.3.2.- Niveles del diagnóstico

¹⁰⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo se consideran 3 niveles diagnósticos: **funcional, sindrómico y etiológico**.

Para establecer el **diagnóstico funcional** existe en atención temprana un lenguaje común, la Organización Diagnóstica de la Atención Temprana (ODAT) editada por el Real Patronato de Discapacidad.

Después de las versiones anteriores de 2004 y 2008, en 2011¹⁰⁷ aparece la versión completa con los niveles I, II y III. Finalmente, se ha conseguido una estructura que recoge los factores de riesgo, los trastornos y las intervenciones, pero que además trasciende su objetivo inicial y adquiere la capacidad para convertirse en un instrumento para la gestión de la información en atención temprana. La elaboración de la ODAT en su conjunto ha sido diseñada para facilitar el establecimiento de los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información¹⁰⁸.

En todos los casos se intenta establecer la **etiología** de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general.

A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro del autismo y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos se intenta establecer un diagnóstico de presunción.

6.4.- UNIDADES DE SEGUIMIENTO Y NEURODESARROLLO (USN).

Una vez detectado el trastorno del desarrollo o el riesgo de presentarlo, profesionales de pediatría de AP o de medicina de familia en funciones de pediatría, realizan la oportuna derivación a la USN provincial a través del sistema de información Alborada para su valoración.

Las primeras derivaciones a estas USN tuvieron lugar el 1 de febrero de 2017. El número de las derivaciones ha ido aumentando de forma constante en todas las provincias, pasando de 7.602 menores en 2017 a 13.807 en 2022 en toda Andalucía.

Estas cifras suponen un incremento global del 81,62 % pasando de una incidencia del 1,54% de la población menor de 6 años al 3,23% a final de 2022. Esto significa una mejor detección y derivación para la evaluación de menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.

Tabla 6.2.

Evolución de derivaciones a USN 2017-2022.

AÑOS	NIÑAS			Población < 6 años	% Población < 6 años
		NIÑOS	TOTALES		
2017	2.449	5.153	7.602	494.167	1,5 %

¹⁰⁷ Belda Oria JC, Cárdena Barrientos J, Fernández J, García-Miranda EJ, Márquez Luque A, Sánchez Fernández Y, Reina Ferragut H. Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana. Ed. Real Patronato sobre Discapacidad, GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Madrid. 2011.

¹⁰⁸ Belda Oriola JC. Un nuevo paradigma para la atención Temprana: el Nivel III de la ODAT. URL: <http://psiqui.com/1-4847>



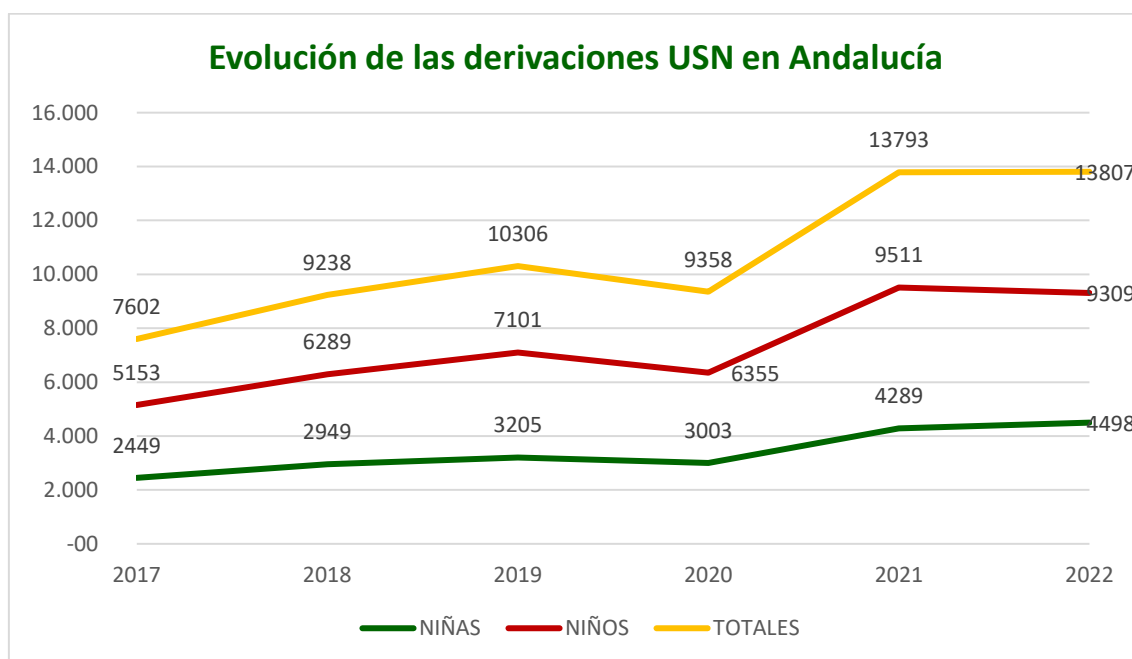
2018	2.949	6.289	9.238	481.392	1,9 %
2019	3.205	7.101	10.306	467.389	2,2 %
2020	3.003	6.355	9.358	458.423	2,0 %
2021	4.289	9.511	13.793	441.265	3,1 %
2022	4.498	9.309	13.807	427.402	3,2 %

Fuente: IECA, Alborada

La siguiente figura muestra la tendencia ascendente en el número de derivaciones a las USN desagrada por sexos. La caída que se observa en 2020 es consecuencia de la pandemia COVID19, con un repunte posterior en 2021, lo cual supuso un número mayor de derivaciones en un corto periodo de tiempo y contribuyó al aumento de la demora en la evaluación y la posterior intervención en los CAIT.

Fig. 6.1.

Evolución derivaciones a USN en número absolutos. Fuente: Alborada



Fuente: Alborada

La distribución provincial en números absolutos y porcentuales es desigual a lo largo de los años tal y como se muestra en la siguiente tabla. Si se analizan los datos de 2022, existe un rango que va desde 828 niños y niñas en Huelva hasta 3.370 en Sevilla, cifra que triplica el número de derivaciones de provincias como Almería, Córdoba, Huelva o Jaén.

Tabla 6.3.

Incremento de número de derivaciones a la USN.

	Derivados a USN 2017	Derivados a USN 2022	Diferencia N° absoluto	Incremento%
Almería	571	1.081	510	89,3
Cádiz	998	1.959	961	96,2
Córdoba	662	1.141	479	72,3



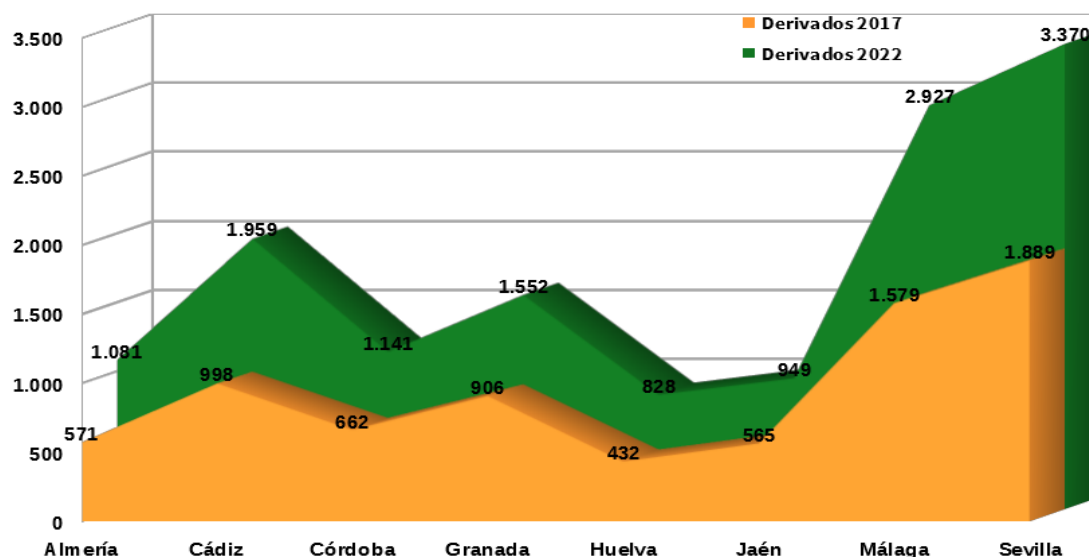
Granada	906	1.552	646	71,3
Huelva	432	828	396	91,6
Jaén	565	949	384	67,9
Málaga	1.579	2.927	1.348	85,3
Sevilla	1.889	3.370	1.481	78,4
ANDALUCÍA	7.602	13.807	6.205	81,6

Fuente: Alborada

El siguiente gráfico muestra el aumento progresivo de las derivaciones a USN. Sevilla tiene más de un 24 % del total de menores derivados de toda Andalucía, siguiéndole Málaga con un 20 %.

Fig. 6.2.

Incremento de derivaciones a las USN.



Fuente Alborada.

Si se analiza la **distribución por sexos**, el número de niños derivados a las USN es proporcionalmente mayor en relación a las niñas, un 67,42% de niños frente a un 32,58% de niñas.

Tabla 6.4.

Derivaciones a USN 2022, por sexo y provincia.

2022	Derivados a USN	% Población TOTAL	NIÑOS	Porcentaje	NIÑAS	Porcentaje
Almería	1.081	2,4 %	775	71,6 %	306	28,3 %
Cádiz	1.959	3,2 %	1.325	67,6 %	634	32,3 %
Córdoba	1.141	3,1 %	765	67,0 %	376	32,9 %
Granada	1.552	3,4 %	1.028	66,2 %	524	33,7 %
Huelva	828	3,1 %	555	67,0 %	273	32,9 %
Jaén	949	3,3 %	623	65,6 %	326	34,3 %
Málaga	2.927	3,4 %	1.972	67,3 %	955	32,6 %



Sevilla	3.370	3,3 %	2.266	67,2 %	1.104	32,7 %
Andalucía	13.807	3,2 %	9.309	67,4 %	4.498	32,5 %

Fuente: Alborada

Ya es reconocido, y hay diferentes publicaciones al respecto, que existen diferencias sexuales en los trastornos del neurodesarrollo destacando un predominio masculino en su incidencia¹⁰⁹.

Muchas líneas activas de investigación están explorando posibles mecanismos, incluidos factores genéticos y hormonales y su interacción con variables ambientales^{110, 111}.

Además, habría que añadir el posible sesgo de género en la detección y diagnóstico tal y como se recoge en otros estudios^{112, 113, 114}. La Federación Andaluza de TEA y Asperger Andalucía están trabajando en esta línea.

Tabla 6.5.

Número de derivaciones a las USN con distribución por sexo 2017-2022.

DERIVADOS USN 2017					
Provincia USN	NIÑAS	% NIÑAS	NIÑOS	% NIÑOS	Total Resultado
ALMERIA	177	31,0	394	69,0	571
CADIZ	337	33,7	661	66,2	998
CORDOBA	217	32,7	445	67,2	662
GRANADA	282	31,1	624	68,8	906
HUELVA	138	31,9	294	68,0	432
JAEN	165	29,2	400	70,8	565
MALAGA	539	34,1	1.040	65,8	1.579
SEVILLA	594	31,4	1.295	68,55	1.889
ANDALUCÍA	2.449	32,2	5.153	67,7	7.602
DERIVADOS USN 2022					
Provincia USN	NIÑAS	% NIÑAS	NIÑOS	% NIÑOS	Total Resultado
ALMERIA	306	28,3	775	71,6	1.081
CADIZ	634	32,3	1.325	67,6	1.959
CORDOBA	376	32,9	765	67,0	1.141
GRANADA	524	33,7	1028	66,2	1.552
HUELVA	273	32,9	555	67,0	828
JAEN	326	34,3	623	65,6	949
MALAGA	955	32,6	1.972	67,3	2.927
SEVILLA	1.104	32,7	2.266	67,2	3.370
ANDALUCÍA	4.498	32,5	9.309	67,4	13.807

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

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

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

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

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

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



Fuente: Alborada

La USN, tras valorar y decidir la **idoneidad** de la necesidad de intervención, determinará si la persona menor debe de ser atendida en un CAIT.

La consideración de idoneidad para recibir tratamiento en los CAIT, una vez se ha realizado la valoración de las USN, ascendió hasta un 76,64% en niñas frente a un 79,6% de niños a lo largo de 2017. Se destaca que el 21,5% de niñas derivadas a las USN en 2017 se consideraron “No idóneas” frente al 18,82 % de los niños. Estas cifras han seguido aumentado a lo largo de 2022, encontrando un 24,4% de niñas “No idóneas” frente al 20,2% de niños. Globalmente, en el año 2022 la cifra total de no idoneidad ascendió al 22,3%. Si se analizan los datos por provincia se comprueban grandes diferencias, siendo Sevilla la que menor porcentaje de no idoneidad tiene.

Habría que valorar la posible infradetección de la presencia de un Trastorno del Neurodesarrollo en niñas, tal y como se recoge en diferentes investigaciones que estudian la existencia de sesgo de género^{115, 116}. Otros estudios contemplan el diferente comportamiento de los trastornos del desarrollo en función del sexo/género, sobre todo en el caso del TEA^{117, 118, 119}. Hay que tener en cuenta el elevado porcentaje de niñas “no idóneas”. Es decir se derivan menos y las que se derivan no cumplen criterios de TD o de indicación de intervención en CAIT en casi un cuatro por ciento de los casos.

Por otra parte, el aumento en el número de personas menores consideradas “No idóneas” a lo largo de los años obliga a estudiar las causas y a establecer un programa de formación específico de trastornos del desarrollo derivables a atención temprana dirigido a profesionales de atención primaria. De esta forma, se disminuiría el porcentaje de “No idóneos”, se optimizarían los recursos de las USN y se reduciría la demora en la evaluación de menores que realmente lo necesiten.

En relación a los niños y niñas no valorados por haber faltado a la cita (“no acude”) o por estar en espera de valoración (“vacío”) se observa un gran aumento significativo desde 2017 a 2022, sobre todo en la provincia de Sevilla, lo que supone un indicador de demora. Es importante que esta demora baje o desaparezca en el menor plazo posible.

Tabla 6.6. Casos de idoneidad y de vacío en 2017 y 2022 en niñas.

NIÑAS	2017						
	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑAS
ALMERIA	38	21,4	128	72,3	11	6,2	177
CADIZ	84	24,9	251	74,4	2	0,5	337
CORDOBA	39	17,9	175	80,6	3	1,3	217
GRANADA	39	13,8	238	84,4	5	1,7	282
HUELVA	48	34,7	90	65,2		0,0	138
JAEN	39	23,6	122	73,9	4	2,4	165
MALAGA	136	25,2	395	73,2	8	1,4	539

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

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

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

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

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



SEVILLA	104	17,5	478	80,4	12	2,0	594
ANDALUCÍA	527	21,5	1.877	76,6	45	1,8	2.449
NIÑAS	2022						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑAS
ALMERIA	103	33,6	169	55,2	34	11,1	306
CADIZ	209	32,9	413	65,1	12	1,8	634
CORDOBA	61	16,2	297	78,9	18	4,7	376
GRANADA	183	34,9	285	54,3	56	10,6	524
HUELVA	87	31,8	150	54,9	36	13,1	273
JAEN	55	16,8	215	65,9	56	17,1	326
MALAGA	287	30,0	592	61,9	76	7,9	955
SEVILLA	113	10,2	829	75,0	162	14,6	1104
ANDALUCÍA	1.098	24,4	2.950	65,5	450	10,0	4.498

Fuente: Alborada.

Tabla 6.7. Casos de idoneidad y de vacío en 2017 y 2022 en niños. Fuente: Alborada.

NIÑOS	2017						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑOS
ALMERIA	93	23,6	287	72,8	14	3,5	394
CADIZ	125	18,9	531	80,3	5	0,7	661
CORDOBA	79	17,7	361	81,1	5	1,1	445
GRANADA	77	12,3	538	86,2	9	1,4	624
HUELVA	86	29,2	206	70,0	2	0,6	294
JAEN	73	18,2	320	80,0	7	1,7	400
MALAGA	237	22,7	791	76,0	12	1,1	1040
SEVILLA	200	15,4	1072	82,7	23	1,7	1295
ANDALUCÍA	970	18,8	4.106	79,6	77	1,4	5.153
NIÑOS	2022						
Provincia USN	no idoneidad	% no idoneidad	Idoneidad	% Idoneidad	vacío	% vacío	TOTAL NIÑOS
ALMERIA	204	26,3	501	64,6	70	9,0	775
CADIZ	322	24,3	980	73,9	23	1,7	1325
CORDOBA	132	17,2	594	77,6	39	5,1	765
GRANADA	309	30,0	625	60,8	94	9,1	1028
HUELVA	178	32,0	335	60,3	42	7,5	555
JAEN	84	13,4	408	65,4	131	21,0	623
MALAGA	482	24,4	1336	67,7	154	7,8	1972
SEVILLA	173	7,6	1756	77,4	337	14,8	2266
ANDALUCÍA	1.884	20,2	6.535	70,2	890	9,5	9.309

Fuente: Alborada.

6.5.- DEMORA EN LAS USN.

El aumento global del 81,62% en número de derivaciones, desigual por provincias y que casi se ha duplicado en un periodo de 6 años, no ha supuesto, paralelamente, un incremento del personal necesario para mantener el criterio de los **30 días en la valoración**¹²⁰, lo cual ha generado en alguna provincia **tiempos de espera excesivos** en un servicio como es la atención temprana. Esto entraña, además, una gran insatisfacción por parte de profesionales y familias.

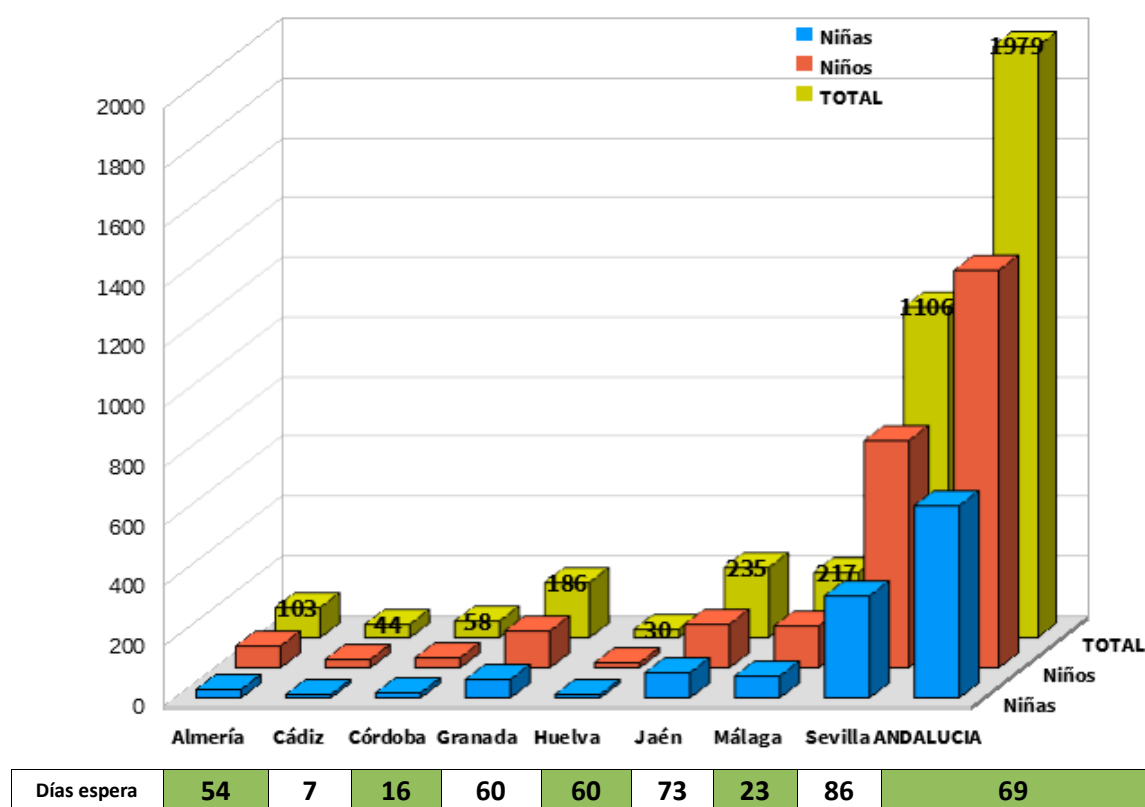
¹²⁰ Recogido en el decreto 85/2016.



A fecha del cierre del diagnóstico preliminar y año 2023, se ha analizado la demora en las diferentes USN tras la implantación del recurso de las continuidades asistenciales por diferentes profesionales (de primaria, hospitalaria y propias USN) para realizar las valoraciones. La implantación del recurso es desigual por provincias, como también lo es la demanda de niños y niñas derivados. La media global de la demora en las USN es de 69 días, variando los resultados según las diferentes provincias, con un rango de 86 días en la provincia de Sevilla frente a los 7 de Cádiz. El número de menores aún pendientes de valoración oscila entre los 1.106 en Sevilla frente a los 30 en la provincia de Huelva.

En opinión de los **informantes clave**^{121, 122} a pesar de detectar cada vez más casos, existe una demora en la atención debido al previo paso por la USN, que alargan los plazos a varios meses de espera, lo que refleja la necesidad de poner el foco en esforzarse el sistema de atención temprana en agilizar este paso intermedio entre pediatría y CAIT.

Fig. 6.3. Número de menores desagregados por sexo en lista de espera y media de días de espera en USN por provincia a 31/03/2023



Fuente: Alborada. Elaboración propia

Tanto los **profesionales como las familias**¹²³ consultadas consideran que existe una fuerte **problemática con los tiempos de espera**. Al solicitarles que facilitaran las causas de los elevados tiempos de espera, argumentaron una serie de factores, que se pueden agrupar en dos tipos: **insuficiencia de recursos** económicos que impiden que haya suficientes medios

¹²¹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹²² Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹²³ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



(profesionales, recursos, etc.) y una **falta de eficiencia** en los procesos y protocolos, que alargan los plazos y por tanto incrementan los tiempos de espera.

En relación a la insuficiencia de recursos económicos se han citado de manera unánime en la totalidad de entrevistas realizadas, la necesidad de incrementar las partidas presupuestarias. Se opina que el presupuesto no está aumentando acorde con este incremento de la demanda, siendo por tanto el sistema incapaz de dar respuesta a todos los y las menores en el tiempo óptimo.

Por otra parte en relación con la ineficiencia en los procesos y protocolos como causas del incremento en los tiempos de espera, se han señalado principalmente cuestiones de falta de coordinación entre profesionales que incrementa los plazos en los procesos de derivación de pacientes.

6.6.- LA ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO AL DIAGNÓSTICO.

En las **entrevistas a los Grupos Focales**¹²⁴ se evidenció que para algunas familias el proceso de valoración ha sido rápido y para otras la espera ha sido muy larga, dependiendo de la provincia y de la demanda existente.

- La lista de espera genera gran cantidad de estrés y **ansiedad**.
- Para aminorar la espera de los diagnósticos, para contrastarlos, para obtener más información y para poder recibir terapia, muchas familias recurren a los **servicios privados** antes de recibir atención en los centros de atención temprana, lo que puede generar desigualdades entre los niños y niñas en función de la situación económica familiar.
- Hasta que se recibe un diagnóstico por parte de distintos profesionales, existen esperanzas de que las dificultades en el desarrollo o síntomas que detonan la necesidad de atención temprana sean leves y temporales. Una vez recibido el diagnóstico, algunas dudas se disipan y algunas esperanzas desaparecen.
- Cuando se recibe el diagnóstico se habla de duelo, de aceptación, de miedo, incertidumbre, preocupación. Las familias saben que **no es una noticia fácil de comunicar**, es un momento doloroso, pero la manera en que se hace, puede aliviarlo o hacerlo traumático.
- Algunas personas entrevistadas han recibido las primeras comunicaciones sobre un posible diagnóstico por parte del centro educativo, otras veces en la consulta de pediatría o en las USN, pero sin información complementaria, en muchas ocasiones no es definitivo, y en la mayoría de los casos no entienden que significa ese diagnóstico ni qué consecuencias tiene y por tanto, tampoco saben cómo abordarlo.
- Demandan que la **comunicación** del diagnóstico se haga con sensibilidad, empatía y contención porque no siempre es así.
- La mayoría de las personas entrevistadas en los grupos focales cuentan cómo el **entorno**, en un primer momento, intenta restar importancia a los posibles problemas de desarrollo. Observan que la familia extensa pasa por el mismo proceso que la familia nuclear. En un primer momento restan importancia o niegan los síntomas, pero una vez confirmado el



diagnóstico, también inician una fase de aceptación y aprendizaje para relacionarse con los menores y procurar su bienestar.

- Hay diferentes tipos de diagnósticos (etiológicos, sindrómicos y funcionales). Muchas personas menores de 6 años no tienen un diagnóstico que permita identificar qué **causas** hay detrás de algunos síntomas. Son edades donde es más difícil dar diagnósticos cerrados, por la rápida evolución que se produce en esas etapas del crecimiento.
- Para muchas personas **no contar con un diagnóstico** no es problemático, sobre todo cuando se observa evolución positiva, pero hay familias a las que no tener un dictamen sobre las causas que provocan ciertos trastornos o retrasos les dificulta poner en marcha las estrategias de **adaptación**. Como no saben cuál es el problema, es más difícil identificar recursos específicos para el cuidado de sus menores, buscar ayuda de asociaciones, e incluso coordinar las terapias e intervenciones.
- Además, ante la falta de diagnósticos cerrados, sigue existiendo **incertidumbre** y siguen estando a la espera. Sin embargo, hay familias que sienten alivio cuando lo reciben. Perciben el acceso a la atención temprana como un camino lleno de obstáculos. El diagnóstico confirma sus preocupaciones permitiéndoles encontrar una respuesta. Favorece el acceso a distintos recursos y ayudas, facilitando además el asociacionismo.
- La posibilidad de **asociarse** aumenta cuando se tiene un diagnóstico concreto, porque permite identificar el tipo de asociación más adecuada. También el hecho de que existan asociaciones cercanas. Algunas familias de entornos rurales no tienen asociaciones cerca. Sin embargo, las familias que tienen más de una o un hijo con trastorno del desarrollo establecen conexiones con las entidades del tercer sector, aunque estén fuera del territorio, y trabajan para acercar los servicios a su localidad.

Los **informantes clave**¹²⁵ expresamente han señalado la necesidad de que desde la Administración se vele por garantizar de manera rigurosa la **calidad** en el servicio prestado tanto desde el ámbito público como privado.

7.- PREVENCIÓN TERCIARIA – PROCESO INTEGRAL DE TRATAMIENTO EN ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA.

En la prevención terciaria se realizan actuaciones preventivas y asistenciales con los niños y niñas de 0-6 años, que presentan trastornos en su desarrollo, con sus familias y su entorno, orientadas a potenciar su capacidad de desarrollo y su bienestar, posibilitando su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal de forma integral.

7.1.- CENTROS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA (CAIT).

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

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

Pueden ser de titularidad pública o privada y de carácter generalista o específico. Los generalistas intervienen sobre cualquier tipo de trastorno del desarrollo o riesgo de

¹²⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



presentarlos y los específicos, que tienen carácter excepcional, intervienen en trastornos del desarrollo concretos o riesgo de presentarlos en determinadas situaciones.

Actualmente, se cuenta en Andalucía con 22 CAIT gestionados por las corporaciones locales a través de la fórmula de delegación de competencias, en virtud del Decreto 129/2017, de 1 de agosto y otros 192 CAIT que funcionan gestionados por entidades privadas, a través de un concierto social con la Junta de Andalucía.

La siguiente tabla muestra la distribución provincial, porcentual y la tipología de los CAIT en 2022.

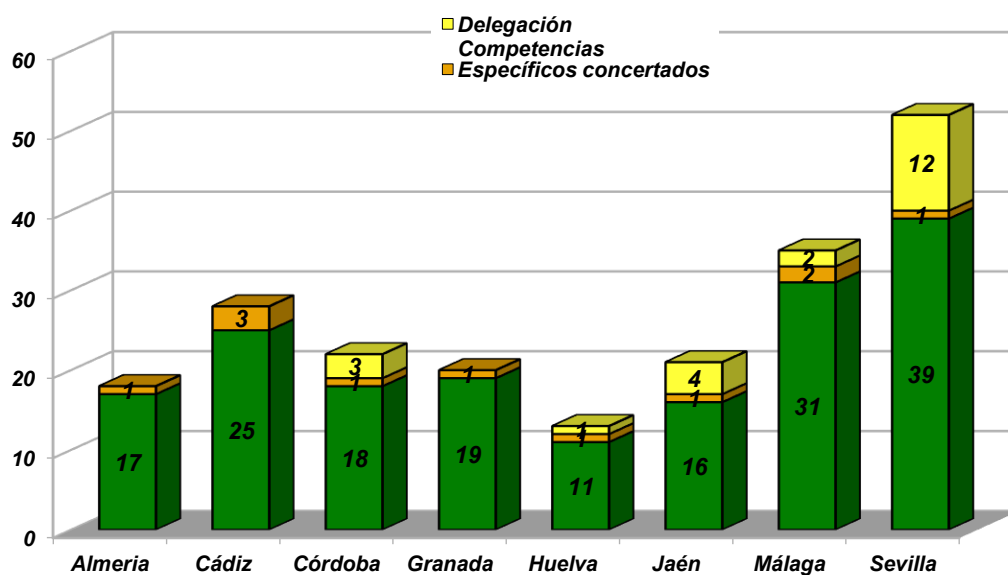
Tabla 7.1. Tipología de CAIT por provincia en Andalucía en 2022.

PROVINCIA	CAIT			TOTALES	PORCENTAJE (CAIT por provincia)
	Genéricos Concertados	Específicos Concertados	Delegación Competencias		
Almería	17	1	0	18	8,6
Cádiz	25	3	0	28	13,3
Córdoba	18	1	3	22	9,5
Granada	19	1	0	20	9,7
Huelva	11	1	1	13	6,2
Jaén	16	1	4	21	10
Málaga	31	2	2	35	16,7
Sevilla	39	1	12	52	24,8
Andalucía	176	11	22	209	100

Fuente: Consejería de Salud y Consumo. Junio 2023.

De los 209 CAIT, la cuarta parte de los mismos se concentran en la provincia de Sevilla seguidos por la provincia de Málaga y Cádiz. Entre las tres aglutinan algo más de la mitad de los centros de la Comunidad Autónoma. Hay **centros específicos TEA** en todas las provincias.

Fig. 7.1. Número de CAIT por provincia y tipología en Andalucía. 2022.



Fuente: Consejería de Salud y Consumo.



7.2.- PRESUPUESTO Y DATOS DE COSTE DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

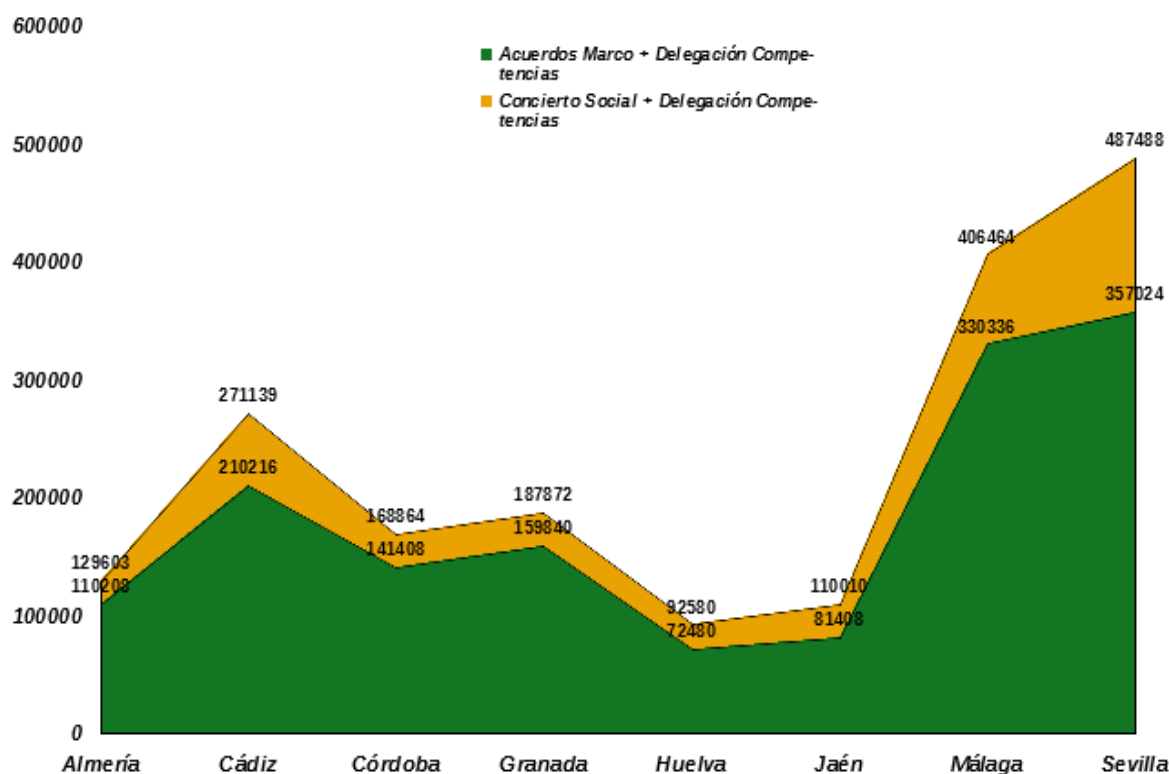
La Consejería de Salud y Consumo ha **aumentado en casi un 27% su capacidad asistencial** en atención temprana tras la implantación del Concierto Social en 2021, en relación con el anterior sistema de acuerdos marco, incorporando nuevos lotes con sesiones a desarrollar, lo que ha propiciado la apertura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

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

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

Fig. 7.2.

Incremento del número de sesiones del Acuerdo Marco al Concierto Social



Fuente: Elaboración propia

Tabla 7.2-

Resumen comparativo del modelo de acuerdos marco y concierto social con relación a las sesiones, personas menor



atendida y presupuesto en atención temprana desde 2016 a 2022. (*) - menores atendidos con una media de 8 sesiones mensuales)

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

Fuente: Elaboración propia

A nivel **presupuestario**, la atención temprana ha tenido un aumento de más del 70% en cuanto al crédito dedicado a la prestación de este servicio. La siguiente tabla recoge el compendio de los datos que permite un análisis y comparativa entre provincias. Sevilla, Málaga, Cádiz y Granada son las que más se aproximan a la cobertura óptima, superando el 75% de la población diana. En el lado opuesto tenemos a Almería y a Huelva, que se mantienen en la horquilla del 50-55%, apuntándose como hipótesis principal la menor detección de casos respecto a otras provincias.

Tabla 7.3.

Resumen de la población atendida en AT en los CAIT en 2022 por provincia.

	% (0-5) respecto población Andalucía	población diana	% CAIT / Provincia	Atendidos CAIT 2022	Porcentaje de la población diana atendido en CAIT / provincia	Profesionales CAIT	UMAT	Presupuesto 2022
ANDALUCÍA	427.402	42.740	215 CAIT	32.238	-	Eq. básico 2.783	1.710.963	45.492.866
Almería	10,4% (44.531)	4.453	8,3% (18)	6,9% (2.242)	50,3%	10,3%	6,9%	6,7%
Cádiz	14,1% (60.613)	6.061	13% (28)	14,9% (4.822)	79,6%	13,3%	15,7%	13,8%
Córdoba	8,5% (36.644)	3.664	10,2% (22)	9,1% (2.939)	65,1%	12,5%	9,0%	9,5%
Granada	10,5% (45.175)	4.517	9,7% (20)	10,1% (3.268)	72,3%	10,9%	10,3%	11,0%
Huelva	6,1% (26.193)	2.619	6% (13)	4,5% (1.481)	56,5%	4,9%	5,2%	5,1%
Jaén	6,7% (28.665)	2.866	9,7% (21)	6,1% (1.972)	68,8%	8,7%	5,8%	6,0%
Málaga	19,7% (84.427)	8.442	18,1% (39)	21,8% (7.054)	83,6%	16,9%	22,5%	22,2%
Sevilla	23,7% (101.154)	10.115	24,6% (53)	26,2% (8.460)	83,6%	22,6%	24,7%	25,8%

Fuente: Alborada



7.3.- PERSONAL Y PERFILES PROFESIONALES EN CAIT-RATIOS.

Cada CAIT cuenta al menos con un equipo básico de atención temprana que interviene directamente con la persona menor, la familia y el entorno. Está compuesto por profesionales de la psicología, la logopedia y la fisioterapia. Profesionales de otras áreas pueden complementar la intervención interdisciplinar (terapia ocupacional, psicopedagogía, trabajo social, etc.).

El equipo básico realiza inicialmente una o varias entrevistas de acogida a la persona menor y su familia, en base a las cuales elabora el plan individualizado, que es comunicado a la familia y a cuantos profesionales de los distintos entornos se relacionan. Además, designa de entre sus miembros, a la persona referente para la familia. En la actualidad, el personal sanitario no tiene acceso al conocimiento de quien ejerce esa función.

Cada trastorno requiere de la intervención especializada por parte de profesionales con determinada cualificación y habilidades técnicas, si bien es cierto, que en la mayoría de los casos el abordaje recomendable precisa de un enfoque interdisciplinar. En este sentido, se detecta la necesidad de profundizar en el estudio de los planes individuales de atención que se diseñan, se implementan y se evalúan en los CAIT, en concreto acerca de lo referido a los recursos humanos dedicados. Los datos que se extraigan de ese posible estudio, habrían de ponerse en relación con la información de los perfiles profesionales contratados en los CAIT, que tal y como se ha referido más arriba, se distribuyen en un 25% de fisioterapeutas, 36% de logopedas y 38% de psicólogos y psicólogas.

Analizando los datos a nivel de Andalucía, el equipo básico está representado de manera proporcional por los tres tipos de profesionales que lo componen, si bien, la fisioterapia se queda algo por debajo del tercio.

Tabla 7.4.

Tipología, número y porcentaje de profesionales de los CAIT por sexo.

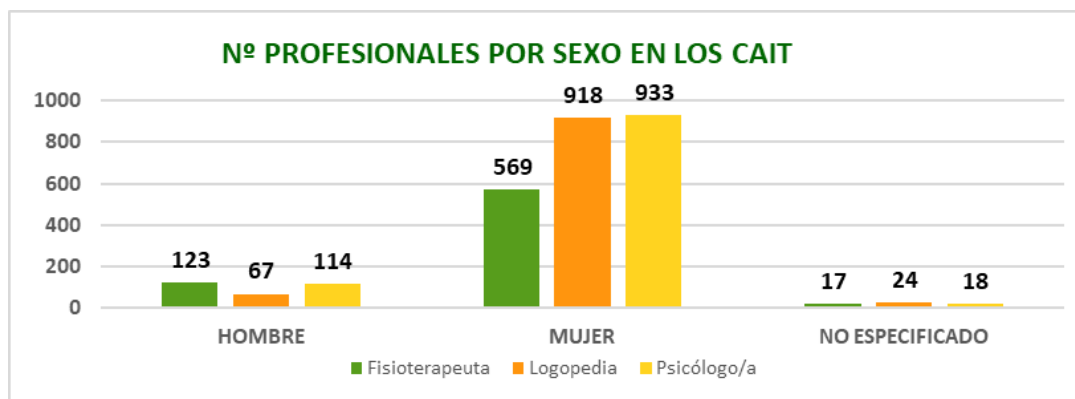
TIPO DE PROFESIONAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO	TOTAL
Fisioterapeuta	123	569	17	709 (25,4%)
Logopedia	67	918	24	1.009 (36,2%)
Psicólogo/a	114	933	18	1.065 (38,2%)
TOTAL	304 (10,9%)	2.420 (86,9%)	59 (2,1%)	2.783 (100%)

Fuente: Alborada. Junio 2023

La realidad aportada por los datos nos habla de una **feminización** de los equipos profesionales de la atención temprana, con un 86,95% de mujeres y tan sólo un 10,92% de hombres (señalar que en un 2,12% de los casos no se ha identificado el sexo). Dentro de los profesionales masculinos, la fisioterapia es el perfil que cuenta con mayor representatividad (17,34%) seguido de psicología (10,74%) y en tercer lugar logopedia (6,64%)

Fig. 7.3

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



Fuente: Alborada.

Tabla 7.5.

Tipología, número y porcentaje de profesionales de los CAIT por sexo y por provincia.

PROVINCIA	TIPO PROFESIÓN	HOMBRE	MUJER	NO ESPECIFICADO	TOTAL	%	TOTAL	% (respecto total Andalucía)
Almería	Fisioterapia	17	58	6	81	28,3%	286	10,3%
	Logopedia	4	75	6	85	29,7%		
	Psicología	15	95	10	120	42,0%		
Cádiz	Fisioterapia	17	99	1	117	31,7%	369	13,3%
	Logopedia	8	134	1	143	38,8%		
	Psicología	10	98	1	109	29,6%		
Córdoba	Fisioterapia	25	81	1	107	30,7%	348	12,5%
	Logopedia	5	112	0	117	33,6%		
	Psicología	17	107	0	124	35,6%		
Granada	Fisioterapia	10	58	1	69	20,8%	303	10,9%
	Logopedia	8	109	4	121	39,9%		
	Psicología	11	99	3	113	37,3%		
Huelva	Fisioterapia	10	16	1	27	20,0%	135	4,9%
	Logopedia	5	45	0	50	37,0%		
	Psicología	5	53	0	58	43,0%		
Jaén	Fisioterapia	15	56	2	73	30,2%	242	8,7%
	Logopedia	6	70	3	79	32,6%		
	Psicología	9	81	0	90	37,2%		
Málaga	Fisioterapia	10	95	2	107	22,7%	471	16,9%
	Logopedia	14	195	9	218	46,3%		
	Psicología	16	128	2	146	31,0%		
Sevilla	Fisioterapia	19	106	3	128	20,3%	629	22,6%
	Logopedia	17	178	1	196	31,2%		
	Psicología	31	272	2	305	48,5%		
Andalucía		304	2.420	59	2.783		2.783	

Fuente: Alborada. Junio 2023.



La **encuesta a profesionales**¹²⁶ permite obtener una información adicional que va más allá del reparto proporcional de los perfiles profesionales, para explorar ciertos aspectos de las condiciones en las que se desarrolla el trabajo diario.

- El 44% cuenta con materiales de apoyo en su desempeño laboral, como tutoriales, juegos, juguetes, guías, etc. El 45% afirma de manera frecuente que su puesto de trabajo es confortable y adecuado, incrementándose esta respuesta entre los y las profesionales con más de 10 años de experiencia.
- En lo que respecta a la formación continua en atención temprana, el 28% afirma no recibir nunca esta formación de manos de su empresa y el 42% la recibe a veces. El 24% del total de profesionales que se dedican a la intervención expresan que a veces no disponen de tiempo suficiente para atender a las personas menores y sus familias.
- De la referida encuesta también se ha extraído información sobre el peso de las diferentes funciones de los y las terapeutas en los CAIT. Reconocen hacer de manera frecuente tareas: de acogida (32%), de apoyo y asesoramiento (64%), de evaluación y valoración (70%) y de seguimiento (70%).

En las entrevistas en profundidad a **informantes clave**¹²⁷ se manifiesta de manera generalizada que se requiere formación continua y reciclaje permanente que permita actualizarse con nuevos conocimientos.

El nivel de satisfacción del personal del sistema de Atención Temprana ha sido explorado en las entrevistas a informantes clave. Hay una gran coincidencia en la opinión de que el colectivo profesional tiene una alta vocación y motivación por su trabajo, si bien, hay ciertos factores que generan frustración, como alta la insatisfacción por la percepción de no tener tiempo suficiente para atender a las personas menores y sus familias. Sienten que la carga burocrática no redunde en el incremento de la calidad del servicio, y va en detrimento de una mayor dedicación a la preparación de materiales y a la planificación y reflexión sobre las sesiones terapéuticas.

7.4.- UMAT – UNIDAD DE MEDIDA DE ATENCIÓN TEMPRANA.

El equipo de profesionales de los CAIT han de registrar diariamente en el Sistema Alborada, las sesiones de intervención con la persona menor, su familia y el entorno. En base a estos registros, los CAIT emiten mensualmente su facturación. La unidad de medida establecida a tales efectos se denomina **Unidad de Medida de Atención Temprana (UMAT)**.

La recomendación recogida en los pliegos del **Concierto Social** es la de dedicar a la intervención directa con cada menor un 75% del total de las UMAT realizadas. Este criterio no se está cumpliendo en las provincias de Huelva y Málaga. Se destaca la práctica de Córdoba, donde el 88,5% de las UMAT se dedica a la atención a la persona menor. También es destacable el porcentaje de UMAT que realizan sobre el entorno las provincias de Huelva, Jaén y Málaga.

Un porcentaje de **profesionales entrevistados**¹²⁸ que trabajan en los CAIT han manifestado reiteradas quejas en torno al sistema de financiación actual en el que se factura por sesiones,

¹²⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹²⁷ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹²⁸ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



y no por plazas, llegando incluso a vaticinar que el modelo podría poner en riesgo la viabilidad económica de algunos centros.

Tabla 7.6.- Tipo de intervención realizada en 2022 en CAIT, desagregado por provincia y nivel de intervención.

Total UMAT por provincia					% UMAT por provincia			
	UMAT / ENTORNO	UMAT / FAMILIA	UMAT / NIÑO/A	Total	UMAT / ENTORNO	UMAT / FAMILIA	UMAT / NIÑO/A	Total
Almería	11.567	9.322	97.218	118.107	9,7	7,8	82,3	6,9
Cádiz	33.750	30.175	203.882	267.807	12,6	11,2	76,1	15,6
Córdoba	8.087	9.598	135.462	153.147	5,2	6,2	88,4	8,9
Granada	10.162	19.522	146.320	176.004	5,7	11,0	83,1	10,2
Huelva	12.728	11.700	64.753	89.181	14,2	13,1	72,6	5,2
Jaén	16.732	7.490	75.161	99.383	16,8	7,5	75,6	5,8
Málaga	55.593	43.724	284.759	384.076	14,4	11,3	74,1	22,4
Sevilla	45.145	38.287	339.826	423.258	10,6	9,0	80,2	24,7
Andalucía	193.764	169.818	1.347.381	1.710.963	11,3	9,9	78,7	100

Fuente: Alborada

7.5.- DEMORA EN LA ATENCIÓN EN LOS CAIT DE ANDALUCÍA.

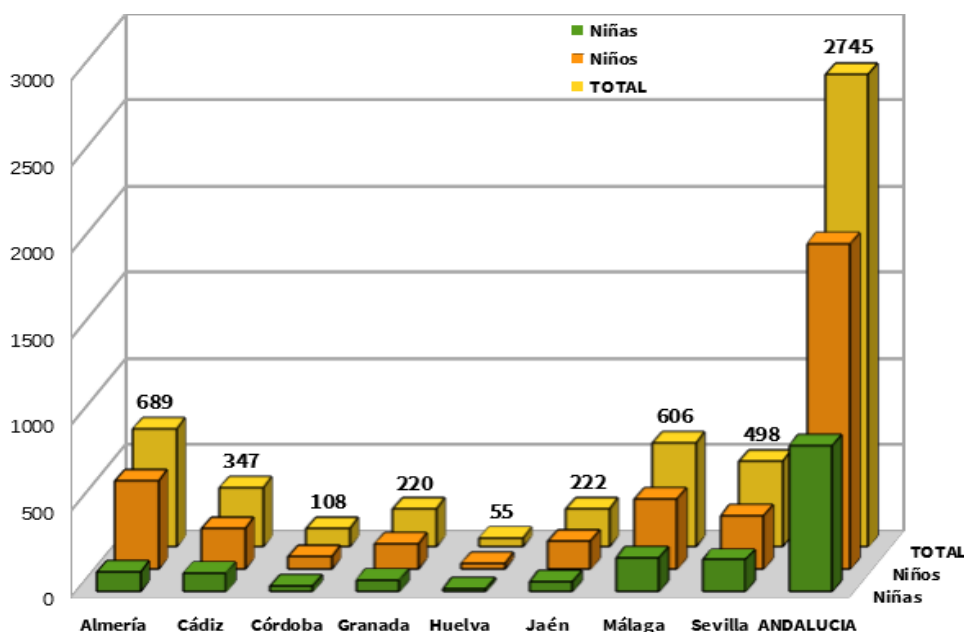
A los días de demora para que el colectivo de menores sea valorado en las USN, ha de añadirse el tiempo que se mantienen a la espera de ser admitidos en un CAIT. Este retraso está provocando que la atención no sea prestada con la prontitud que la mayoría de los casos derivados requieren. En algunas provincias como Málaga, Almería o Sevilla, la demora es incluso más notable.

A pesar del incremento en los últimos años en la inversión destinada a la atención infantil temprana, a fecha del cierre del presente documento, **a final del año 2023**, la demora en los CAIT de Andalucía es de 2745 menores en espera de ser atendidos (1895 niños y 850 niñas) con una media de 119 días, aunque es muy desigual por provincias. Destaca la provincia de Almería con una demora media de 233 días. El resto de provincias se mantiene por debajo de los 90 días que marca la Ley, aunque la situación de los diferentes CAIT es variable y exigiría un análisis detallado a nivel particular.

Tabla 7.7- Datos de demora en los CAIT desagregado por provincia y sexo 31 de diciembre de 2023.

	NIÑOS	NIÑAS	NUMERO TOTAL MENORES	Media días espera
ALMERÍA	177	512	689	233
CÁDIZ	111	236	347	89
CÓRDOBA	34	74	108	36
GRANADA	69	151	220	81
HUELVA	18	37	55	54
JAÉN	59	163	222	94
MÁLAGA	197	409	606	83
SEVILLA	185	313	498	78
ANDALUCÍA	850	1.895	2.745	119

Fig. 7.4. Datos de demora en los CAIT desagregado por provincia y sexo a 31 de diciembre de 2023. Fuente: Alborada. Elaboración propia



Días demora	233	89	36	81	54	94	83	78	119
-------------	-----	----	----	----	----	----	----	----	-----

En los **grupos focales**¹²⁹ las familias no hablan de tiempos de espera diferenciados, sino de la **suma de esperas** hasta que sus hijos e hijas empiezan a recibir una terapia. Esa demora no ha de entenderse únicamente como el tiempo que se espera en una lista, sino el esfuerzo dedicado hasta pasar por todo el proceso que fundamenta una derivación y la realización de la intervención. En todos los casos, las demoras acrecientan la incertidumbre y la sensación de tiempo perdido.

En la **encuesta a profesionales**¹³⁰, el tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en el CAIT u otro recurso terapéutico es valorado como excesivo en un 41% de los casos. Almería es la provincia en la que se ha manifestado en mayor medida un mayor tiempo de espera para que la persona menor sea atendida en CAIT u otro recurso terapéutico, así, un 75% de profesionales afirma haber un tiempo excesivo, frente a un 45% aproximado de media en el resto de provincias.

Nuevamente, las entrevistas a **informantes clave**¹³¹ apuntan a la insuficiencia de recursos económicos y a la falta de eficiencia en los procesos y protocolos como los principales motivos que contribuyen a alargar plazos y a incrementar tiempos de espera.

7.6.- ADAPTACIÓN FAMILIAR DURANTE LA INTERVENCIÓN.

El **CAIT** es el recurso de Atención Temprana **mejor valorado** por las personas que han participado en los **grupos focales**¹³², siendo considerado como un espacio seguro para ellas y sus menores. El sentimiento generalizado percibido es de agradecimiento hacia el colectivo

¹²⁹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³⁰ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³¹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹³² Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



de profesionales por las atenciones y los apoyos recibidos. Se valora tanto la evolución positiva en cada menor, como la eficacia de las actuaciones con las propias familias de contención emocional, de orientación y capacitación, de resolución de dudas y de mediación educativa.

- Las familias ponen de manifiesto que no existen protocolos de aplicación sistemática sobre actuaciones de apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento.
- Otro aspecto destacado por las familias es la **presión asistencial** en los CAIT, ya que las personas profesionales tienen consultas sucesivas sin apenas descanso, repercutiendo en la calidad del servicio prestado.
- La privacidad y **confidencialidad** no siempre se garantiza en los CAIT, especialmente cuando el reporte del desarrollo de las sesiones se informa en los pasillos o espacios comunes del centro, en lugar de en consultas de manera individualizada con cada familia.
- Hay demandas que las familias opinan que no son cubiertas de manera adecuada, como la de dotarlas de **herramientas pedagógicas** suficientes que poder aplicar en otros contextos y momentos del día a día.
- La presencia de las familias en las sesiones terapéuticas es insuficiente, en ocasiones debido a que los CAIT aún no han incorporado esta práctica metodológica como algo habitual, minimizando con ello los beneficios generales que puede reportar. Las acciones formativas grupales orientadas a las familias son escasas y se valoran como muy deseables.
- Las acciones terapéuticas **grupales** de menores también se proponen como deseables, especialmente para aquellos con más dificultades relacionales o de comunicación, lo que posibilitaría la ampliación y consolidación de sus redes sociales.

El 37% del personal participante en las **encuestas online a profesionales**¹³³ afirma que las familias a menudo comprenden la información facilitada, teniendo en cuenta que los conocimientos previos sobre el desarrollo típico y sus desviaciones son escasas en un porcentaje del 50%.

- Si se habla del grado de conformidad de las familias con el Plan Individualizado diseñado en el CAIT, el 80% de profesionales afirma que a menudo o frecuentemente hay acuerdo al respecto.
- La visión que el colectivo profesional tiene de estos aspectos es bien distinta a la que se ha vertido en los grupos focales. Partiendo de que en un 70% el nivel de **competencia** parental para apoyar en el tratamiento de los trastornos del desarrollo se considera escaso o moderado, llama la atención que un 8% de las familias trabaje frecuentemente en casa los ejercicios recomendados por parte de los y las terapeutas; que el 19% se implique de manera activa en las sesiones y que tan sólo un 6% participe en las escuelas de familias.

Las personas **informantes clave**¹³⁴ han manifestado de manera generalizada la elevada implicación y **participación** de las familias. Otro aspecto que señalan es la presión de las familias solicitando más sesiones.

¹³³ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³⁴ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En las **encuestas a profesionales**¹³⁵, en lo que respecta a la **asistencia al centro** y a las sesiones, consideran que un 52% de familias acude frecuentemente, destacando Málaga con el mayor nivel de frecuencia, el 67%, y Jaén con el menor de todos, un 23%.

- Una información adicional que se ha explorado en la encuesta es el sexo de la persona que acompaña a la persona menor a la consulta. En el caso del acompañamiento a los CAIT, el 59% de las respuestas refieren un acompañamiento frecuente por parte de figuras de ambos sexos conjuntamente.
- En referencia al aspecto económico, decir que la encuesta aporta el dato de percepción sobre la disponibilidad del presupuesto familiar para la atención a los trastornos del desarrollo, siendo considerado por los y las profesionales como escaso o moderado en un 75%.

En los **grupos focales**¹³⁶, la mayoría de las experiencias apuntan a que son las **madres** las que acompañan a sus hijos e hijas a las citas médicas y a las sesiones de terapia, lo que no pocas veces, tiene un impacto en la conciliación con sus trabajos, con reducciones de jornada, excedencias o incluso pérdida de empleos.

- En el caso de **parejas corresponsables**, cuando estas son heterosexuales, son ellas las que piden los permisos para el cuidado, sobre todo si no están remunerados, aumentando aún más la brecha de género en el mercado laboral.
- Por su parte, los **hombres** aumentan su carga de trabajo, no solo para compensar la salida de las mujeres del trabajo productivo, sino para conseguir los recursos económicos que los cuidados de sus hijos e hijas requieren. Esto supone menos tiempo y energía para corresponsabilizarse de las tareas de crianza, de participar en el seguimiento de la evolución clínica y en atención temprana y para compartir en pareja y en familia.
- El apoyo de la **red socio-familiar** es percibido por las familias consultadas como una fuente de apoyo de todo tipo, con la que compartir la sobrecarga. La familia nuclear capacita a abuelos, abuelas, tías, tíos, etc. En los casos en los que ya existen hermanos o hermanas con algún trastorno del desarrollo, la familia extensa ya conoce los procesos y los padres y madres tienen a alguien de confianza con quien compartir problemas y logros del día a día. Los padres y las madres empiezan a compartir más estas tareas con este entorno y buscar espacios de respiro en pareja.
- Pero, aunque se sea corresponsable, aunque se pueda compartir en algún momento el cuidado, la lista de tareas para la atención a menores con necesidades especiales es más larga y las tareas son más complejas. El trabajo de cuidados a menores con necesidades especiales deja sensación de **agotamiento** por sobre exigencia y sobrecarga.
- Todas las familias entrevistadas tienen la necesidad de **encontrarse con otras** en la misma situación. No lo hacen, en ocasiones, por desconocimiento y proponen que se incluya esta información de forma protocolizada en el momento en que se detectan dificultades concretas, bien desde las consultas especializadas, USN, CAIT, servicios sociales, centros educativos...

7.7. - ALTA POR CUMPLIMIENTO DE LOS 6 AÑOS DE EDAD.

¹³⁵ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



Cuando las personas menores en tratamiento cumplen 6 años, se procede al alta y finalización de la prestación de la atención e intervención temprana.

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

A la finalización de la atención, el equipo básico elabora un informe de alta que explica la evaluación, las intervenciones realizadas, su intensidad, frecuencia y duración, los resultados alcanzados y las pautas que, en su caso, se recomienden para su seguimiento.

En los **grupos focales**¹³⁷ ha habido consenso sobre la necesidad de dar continuidad a las terapias más allá de los 6 años, a los niños y niñas que lo precisen. La sensación de **incertidumbre** se acrecienta al no tener seguridad acerca de poder disponer de los recursos suficientes y en el plazo pertinente. La salida del CAIT conlleva además la pérdida de referentes y de la orientación y coordinación que habían tenido hasta entonces. En este mismo sentido, se han manifestado las personas que han sido seleccionadas como informantes clave, que proponen de manera unánime la necesidad de aumentar la horquilla de edad para las que las personas menores que lo precisen puedan seguir siendo atendidas más allá de los 6 años.

La necesidad de obtener información sobre ayudas y recursos es atendida por los **profesionales**¹³⁸ en un porcentaje inferior al 50%. Concretamente la información es frecuente en un 46% sobre recursos del ámbito educativo, en un 44% sobre recursos del ámbito sanitario y tan sólo en el 29% en lo referido a recursos del ámbito de los servicios sociales.

Se valora la necesidad de establecer cauces de **coordinación** con los organismos que van a dar continuidad a la intervención con los niños y niñas que, llegados a la edad de 6 años, presentan trastornos del desarrollo y precisan de una atención e intervención más prolongada en el tiempo. Esta coordinación tiene por objeto, además de prevenir la interrupción de los tratamientos, la optimización de las ayudas y subvenciones públicas que las entidades del ámbito de la discapacidad vienen percibiendo en diversas convocatorias destinadas a la prevención terciaria.

8.- COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE SERVICIOS.

En Andalucía se están mejorando los Servicios de desarrollo infantil y atención temprana mediante la organización de la **intervención integral**, estableciendo un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de **coordinación** y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en cada pueblo, comarca y provincia. En la actualidad se está elaborando el Decreto que regula la constitución del **Consejo de Atención Temprana** y la **Comisión Técnica** tal y como marca la Ley de Atención Temprana.

8.1.- PROTOCOLOS DE COORDINACIÓN.

¹³⁷ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹³⁸ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



El **Ministerio de Sanidad, el de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las CCAA** han elaborado recientemente una **Hoja de Ruta** para mejorar, a nivel nacional, el sistema de atención temprana. El Plan plantea, a través de 8 líneas de actuación, la creación de una red de carácter universal, pública y gratuita que se adapte y respete las competencias territoriales. El objetivo es trabajar con criterios comunes y coordinados en los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales de las distintas comunidades implicando a las familias. Se contempla facilitar el acceso temprano y de calidad a los servicios de atención temprana que garanticen la valoración e intervención integral, formar a los/las profesionales que intervienen en el proceso así como optimizar los sistemas de información y registro¹³⁹.

A nivel andaluz, entre las líneas de actuación de la atención temprana, figura articular una coherente coordinación interinstitucional que permita el trabajo cooperativo entre los agentes y entidades implicados en la atención temprana; establecer los circuitos asistenciales y unificar los criterios de derivación entre el SSPA y los CAIT, así como establecer un protocolo para favorecer la escolarización de las personas menores con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, en primer y segundo ciclo de educación infantil, de forma conjunta entre las Consejerías de Salud y Consumo, la Consejería Inclusión Social, Juventud, Familia e Igualdad y la Consejería Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

Los **protocolos de coordinación** en atención temprana en Andalucía son el conjunto de normas y procedimientos que establecen las diferentes administraciones e instituciones implicadas en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas de 0 a 6 años que presentan trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, así como la intervención sobre su familia y entorno.

Se basan en los siguientes **principios**:

- La atención temprana es un derecho de la población infantil y sus familias.
- La atención temprana se basa en un modelo integral e interdisciplinar que abarca los ámbitos sanitario, educativo y social.
- La atención temprana se orienta a la prevención, la promoción del desarrollo y la inclusión social de la población infantil.
- La atención temprana se realiza desde el respeto a la diversidad, la participación y la corresponsabilidad de las familias y el entorno.
- La atención temprana se garantiza mediante una red integral de recursos públicos y concertados que aseguren una atención equitativa, accesible, eficaz y de calidad.

Se concretan en los siguientes **ámbitos**:

- Entre el SSPA y los CAIT, para establecer los circuitos asistenciales y los criterios de derivación, valoración e intervención.
- Entre las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales, para establecer las actuaciones conjuntas en la detección, evaluación, intervención y seguimiento de la población infantil con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos.
- Entre las Consejerías competentes en materia de educación y servicios sociales, para favorecer la escolarización de la población infantil con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos en el primer y segundo ciclo de educación infantil.

¹³⁹ Ministerio de Sanidad. Derechos Sociales y Sanidad acuerdan con las Comunidades Autónomas una hoja de ruta para la mejora de la Atención Temprana en España. MADRID 19/6/2023. URL: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6148>



Por otro lado, el **Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía**¹⁴⁰ publicó en 2015 un protocolo de coordinación entre los grupos profesionales dependientes de la Consejería de Salud y Consumo (CSC), Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (CISJFI) y la de Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional (CDEFP) que componen el EPAT, así como de aquellos profesionales que tienen una participación directa en el proceso de detección e intervención educativa y terapéutica con el alumnado con trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos.

La coordinación entre los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales ya quedó recogida en el **Decreto 85/2016, de 26 de abril**¹⁴¹, conforme a un **Protocolo de Coordinación** entre las Consejerías competentes en materia de salud y educación para el desarrollo de la atención temprana que figuran en los anexos del referido decreto. En el anexo I, figura el modelo de autorización familiar para la intervención del orientador/a especialista en atención temprana. En el anexo II, figuran los trastornos del desarrollo compartidos Educación/CAIT y en el anexo III, el modelo de acta de reunión de coordinación CAIT/EOE.

En Andalucía, desde 2017, se dispone de un protocolo para la detección del Alumnado con NEAE¹⁴², que ha tenido actualizaciones con posterioridad en 2022¹⁴³.

Se especifica que los sucesivos Protocolos de Coordinación de Atención Temprana se elaborarán en la **Comisión Técnica** de Atención Infantil Temprana, que será la encargada de estipular el contenido y las obligaciones del mismo, siendo propuestas por el Consejo de Atención Infantil Temprana y aprobadas mediante Orden conjunta de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y políticas sociales. En la actualidad el Consejo y la Comisión están pendientes de constitución.

La **Ley de Atención Temprana de Andalucía**¹⁴⁴ recoge en su título III la coordinación entre los ámbitos sanitarios, educativos y de servicios sociales, así como, los Órganos colegiados de coordinación y participación haciendo de nuevo referencia al Consejo de Atención Temprana y la Comisión Técnica de Atención Temprana.

Hasta la fecha, esa coordinación se ha realizado a través de los **EPAT** cuya constitución y funciones fueron reconocidas en el **Decreto 85/2016, de 26 de abril**. Sus funciones quedan especificadas en el artículo 19 de la citada ley. Según especifica la misma:

- Los EPAT están integrados por tres profesionales designados por las personas titulares de las Delegaciones Territoriales o Provinciales de las Consejerías competentes en materia de salud, educación y servicios sociales que llevan a cabo la coordinación eficaz de la atención infantil temprana en la provincia, garantizando la aplicación uniforme y homogénea de la misma, en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

¹⁴⁰ Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. Protocolo de coordinación entre las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de Educación, Cultura y Deporte para el desarrollo de la atención temprana. SEVILLA. 30/3/2015. URL: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7265

¹⁴¹ Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía. BOJA N81. 29/04/2016.

¹⁴² Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la dirección general de participación y equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

¹⁴³ Informe sobre las modificaciones que introducen las instrucciones 8 de marzo de 2017, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con NEAE y organización de la respuesta educativa. 2022.

¹⁴⁴ Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA N°36; 1-32. 22 de febrero de 2023.



- En el ámbito de la salud, forman parte del EPAT, profesionales del SSPA con formación específica en atención infantil temprana.
- En el ámbito de la educación, forman parte del EPAT, los orientadores y orientadoras especialistas de atención temprana del Equipo de Orientación Educativa Especializado (EOE).
- En el ámbito de los Servicios Sociales formarán parte del EPAT profesionales de los Equipos de Valoración y Orientación con experiencia en la valoración de discapacidad¹⁴⁵.

Tal y como se desprende del informe de resultados de los **Grupos Focales**¹⁴⁶, las familias andaluzas:

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

En el informe de resultados de la **encuesta a profesionales**¹⁴⁷ se recoge:

- La percepción de que la coordinación interna entre los miembros del equipo se realiza de forma frecuente en un 78%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la salud se realiza de manera frecuente en un 16%. Si se analizan las respuestas de las personas con una experiencia en atención temprana entre 5 y 10 años, este porcentaje sube hasta el 54%.
- La coordinación con profesionales del ámbito de la educación asciende al 37% de manera frecuente. Este porcentaje se incrementa hasta el 47% entre los/las profesionales que realizan funciones de tratamiento y es mayor entre las mujeres, con un 39%, frente al 15% en hombres. Se registra también una diferencia significativa en función de que se tenga o no formación específica en atención temprana: el 42% de quienes sí la tienen se coordina de manera frecuente, mientras que para quienes no cuentan con formación, el porcentaje de coordinación frecuente baja al 25%.
- El 11% de los y las profesionales consideran que la coordinación con profesionales de Servicios Sociales y de otros ámbitos es muy baja
- En una escala de 0 a 10, donde 1 corresponde al valor de menor eficacia y 10 al de mayor eficacia, la coordinación obtiene un grado de eficacia de 8,26 puntos. Algo más elevado entre las mujeres (7,83 hombres // 8,32 mujeres), y en Huelva, respecto a las provincias andaluzas, el 9,08.

¹⁴⁵ Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. BOE 20 de octubre de 2022. Sec. I. 142461-142861

¹⁴⁶ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023

¹⁴⁷ Oficina Técnica del PIAT. Informe de la encuesta a profesionales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



En las **entrevistas realizadas a las personas informantes clave**¹⁴⁸:

- Se ha manifestado la existencia de un problema de falta de coordinación entre los diferentes recursos existentes en el sistema de Atención Temprana. Se han referido principalmente a la ausencia de un modelo claro, de un sistema institucionalizado de coordinación en el que se establezcan protocolos de coordinación y comunicación entre recursos y profesionales.
- Por otra parte, manifiestan sentir falta de comunicación por parte de la Administración, en un contexto en el que los y las profesionales esperan de ésta directrices, protocolos y, en definitiva, una comunicación fluida entre ambas partes.

8.2.- EDUCACIÓN – EOE

La **Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, que modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de Educación (LOMLOE)** es una ley que tiene como referencia la ley educativa LOE de 2006, y no su predecesora la Ley 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la Calidad Educativa (LOMCE). Tiene como fines el pleno derecho de la personalidad y capacidades de alumnos y alumnas, el fomento de la convivencia democrática, el respeto a los derechos humanos, la educación inclusiva, la equidad, la igualdad de género y la orientación educativa y profesional entre otros. La LOMLOE se centra en las barreras que limitan el derecho a la educación, en lugar de la discapacidad. Se impulsa la **detección precoz**, la **atención temprana** y la **educación inclusiva**, con una mayor atención personalizada y con prevención de las dificultades de aprendizaje. Se regula la participación del alumnado y sus familias en el proceso de identificación y valoración de las necesidades educativas, indicando lo siguiente:

*“La identificación y valoración de las necesidades educativas de este alumnado se realizará, lo más tempranamente posible, por profesionales especialistas y en los términos que determinen las Administraciones educativas. En este proceso serán preceptivamente oídos e informados los padres, madres o tutores legales del alumnado. Las Administraciones educativas regularán los procedimientos que permitan resolver las discrepancias que puedan surgir, siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor y la voluntad de las familias que muestren su preferencia por el régimen más inclusivo”*¹⁴⁹.

En cuanto a la evolución de la escolarización del alumnado con necesidades educativas especiales, la ley pone de manifiesto la necesidad de dotar a los centros ordinarios, en el plazo de 10 años, de recursos suficientes para cumplir tanto lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, como el cumplimiento del cuarto Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, en cuanto a mejoras en la atención del alumnado con discapacidad. También determinan que los centros de educación especial, además de escolarizar al alumnado que requiere de una atención muy especializada, sean centros de referencia para los centros ordinarios.

Desde la entrada en vigor del currículum de la LOE en 2006, se establece que el alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo (NEAE) hace referencia a los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales (NEE), por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por

¹⁴⁸ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.

¹⁴⁹ LOMLOE - Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la LOE 2/2006, de 3 de mayo de Educación. BOE núm. 340, de 30/12/2020.



condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales.

De esta forma, las NEAE son el grupo mayor que engloba las necesidades y las NEE es un grupo más reducido que hace referencia a necesidades asociadas a la discapacidad, y que se enmarcan dentro de las NEAE.

Las NEAE hacen referencia al alumnado que en algún momento de su recorrido formativo, puede llegar a requerir determinados apoyos y/o atenciones educativas específicas con las que poder adaptarse al currículo correspondiente de su edad.

La LOMLOE en 2020 establece que el alumnado con NEAE incluye alumnos y alumnas que requieren atención educativa por presentar necesidades educativas especiales, por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.

Dentro de esta categoría amplia de las NEAE, se entiende por alumnado que presenta NEE, aquel que afronta barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje, derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, y que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo.

En el Sistema Educativo Andaluz, se consideran NEE:

- NEE asociada a discapacidad intelectual.
- NEE asociada a discapacidad física.
- NEE asociada a discapacidad auditiva.
- NEE asociada a discapacidad visual.
- NEE asociada a trastornos del espectro autista.
- NEE asociada a trastornos graves de conducta.
- NEE asociada a trastornos graves del desarrollo.
- NEE asociada a trastornos de la comunicación.
- NEE asociada a trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad.
- NEE asociada a otros trastornos mentales.
- NEE asociada a enfermedades raras y crónicas.

Los alumnos y alumnas con NEE pueden estar escolarizados en centros educativos ordinarios o en centros específicos de educación especial según se valoren sus necesidades y/o grado de discapacidad. Este alumnado, dependiendo de las distintas formas de atención que requiera, será escolarizado siguiendo alguna de estas cuatro modalidades:



- **Modalidad A:** grupo ordinario a tiempo completo. Esta modalidad es para alumnado con NEE que solo requiera adaptaciones de acceso sin la intervención de profesorado especialista.
- **Modalidad B:** grupo ordinario con apoyos en periodos variables. Estos apoyos se realizan preferentemente dentro del aula ordinaria y excepcionalmente fuera del aula ordinaria.
- **Modalidad C:** aula de educación especial en centro ordinario.
- **Modalidad D:** centro de Educación Especial (centros específicos).

En el segundo ciclo de Educación Infantil, se establecen los programas de atención a la diversidad y a las diferencias individuales como medidas que se aplican para garantizar el éxito educativo del alumnado, reforzando o profundizando los elementos del currículo. Los centros docentes llevarán a cabo los programas de refuerzo del aprendizaje para todo el alumnado que presente dificultades que justifique su inclusión (sin tener que ir asociadas necesariamente a necesidades específicas de apoyo educativo) y los programas de profundización para el alumnado altamente motivado para el aprendizaje, así como para el que presenta altas capacidades intelectuales.

Cuando el alumnado presenta necesidades específicas de apoyo educativo, puede requerir las siguientes medidas específicas de atención a la diversidad y a las diferencias individuales¹⁵⁰:

- **Programas Específicos (PE):** para el tratamiento personalizado del alumnado con el objetivo de favorecer el desarrollo mediante la estimulación de procesos implicados en el aprendizaje que faciliten la adquisición de las distintas competencias clave.
- **Adaptaciones de Acceso al Currículo (AAC):** suponen modificaciones en los elementos para la accesibilidad a la información, a la comunicación y a la participación, precisando la incorporación de recursos específicos, la modificación y habilitación de elementos físicos y, en su caso, la participación de atención o asistencia educativa complementaria que facilite el desarrollo de las enseñanzas.
- **Adaptaciones curriculares para el alumnado con altas capacidades intelectuales (ACACI):** destinadas a promover su desarrollo pleno y equilibrado, contemplando propuestas curriculares de ampliación.
- **Adaptaciones Curriculares Significativas (ACS):** para el alumnado con necesidades educativas especiales. Suponen la modificación de los elementos del currículo, incluidos las competencias específicas, los criterios de evaluación o incluso los Objetivos de la etapa. Se realizarán promoviendo el desarrollo integral del alumnado, garantizando la funcionalidad de los aprendizajes y la aplicación a su vida cotidiana y buscando el máximo desarrollo posible de las competencias clave.
- **Permanencia extraordinaria** para alumnado con NEE en el último curso del primer ciclo o segundo ciclo de infantil.

En el marco de la estadística de las enseñanzas no universitarias a nivel nacional, se ha publicado la parte correspondiente al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo

¹⁵⁰ Orden de 30 de mayo de 2023, por la que se desarrolla el currículo correspondiente a la etapa de Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se regulan determinados aspectos de la atención a la diversidad y a las diferencias individuales, se establece la ordenación de la evaluación del proceso de aprendizaje del alumnado y se determina el proceso de tránsito entre las diferentes etapas educativas. BOJA nº 104 de 02/06/2023. URL: <https://juntadeandalucia.es/boja/2023/104/39>



2021-2022, cuyo objetivo fundamental es proporcionar información sobre la prestación de atención educativa diferente a la ordinaria al alumnado que requiera de estos recursos. Esta estadística se realiza en cooperación con las Comunidades Autónomas por medio de la Comisión de Estadística de la Conferencia Sectorial de Educación. Cabe destacar también la implicación en esta operación de las personas responsables en materia de apoyo educativo tanto del Ministerio como de las Comunidades Autónomas. Los resultados se difunden en apartado diferenciado dentro de los datos del alumnado matriculado y en formato EDUCAbase¹⁵¹.

DATOS EN ANDALUCÍA

A lo largo del curso 2021/2022 estuvieron matriculados en Educación Infantil un total de 325.352 niños y niñas.

Tabla 8.1.- Distribución por provincias del total de alumnado matriculado en Educación Infantil. Porcentaje provincial y distribución por ciclos. Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
E. Infantil	33.622	42.639	28.306	34.765	21.227	21.190	64.270	79.333	325.352
Porcentaje matriculaciones	10,3%	13,1%	8,7%	10,7%	6,5%	6,5%	19,8%	24,4%	100%
2º ciclo EI	22.703	31.221	18.664	33.679	13.876	14.675	42.655	51.376	218.849

Casi la cuarta parte de niños y niñas matriculados en educación infantil, a lo largo del curso 2021-22, lo hizo en la provincia de Sevilla, coincidiendo estos datos con la distribución de la población infantil de Andalucía.

En Andalucía, el alumnado con NEAE durante el curso 2021/2022 ascendió a 14.814 niños y niñas en Segundo Ciclo de Educación Infantil.

Tabla 8.2. Alumnado escolarizado en Educación Infantil con NEAE según el ciclo de educación infantil y la provincia. Andalucía, curso 2021-22. Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	ANDALUCÍA
NEAE 2º ciclo	5996	10061	6596	8731	4226	4785	13616	21072	75.283

Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional

¹⁵¹ Estadística de las enseñanzas no universitarias. alumnado con necesidad específica de apoyo educativo curso 2021-2022. Ministerio de Educación y Formación Profesional. MADRID. 2023. URL: <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/no-universitaria/alumnado/apoyo/2021-2022.html>



Tabla 8.3. Alumnado matriculado en Segundo Ciclo de Educación Infantil – Prevalencia según tipo de NEE. Andalucía, curso 2021-22. Fuente: Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

Determinación NEE mayor prevalencia	N
Trastornos graves del desarrollo (Retrasos Evolutivos Graves o Profundos, Trastornos Graves del Desarrollo del Lenguaje, Trastornos Graves del Desarrollo Psicomotor).	10641
Trastornos del Espectro Autista	972
Trastornos de la Comunicación	520

La determinación de NEAE más prevalente en el Segundo Ciclo de Educación Infantil fue el Trastorno Grave del Desarrollo con un total de 10.641 niños y niñas.

A lo largo del curso 2021/22 estuvieron matriculados en un total de 23.397 alumnos/as extranjeros/as, de los que 5.796 lo hicieron en primer ciclo y 17.601 en segundo ciclo.

Respecto a los matriculados en **Centros Específicos de Educación Especial** (CEEE) hubo un total de 124: 32 de 3 años, 45 de 4 años y 47 de 5 años.

Existen niños y niñas que cumplen los 6 años en el último trimestre y que por tanto se encuentran matriculados en el primer año de Educación Primaria, pudiendo permanecer en AT hasta esa fecha. No disponemos de los datos de este porcentaje de niños que pudieran tener reconocida NEAE.

Según se recoge en las instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la DG de Participación y Equidad, *“desde el principio de coordinación interinstitucional, equipos directivos y profesionales de la orientación, asesorados y coordinados por el equipo técnico provincial para la orientación educativa y profesional (ETPOEP), deberán garantizar y planificar la coordinación efectiva con los servicios y profesionales de otras Administraciones, así como con asociaciones y entidades sin ánimo de lucro que participen en el desarrollo de programas preventivos o incluso, en la misma intervención con el alumnado, entre los que se destacan: - Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) - Servicio de Salud Mental - Atención primaria (Centros de Salud) - Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC) - Equipos de Tratamiento familiar (ETF) - Federaciones y asociaciones de padres y madres de alumnado con NEAE. - Otros”*.

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

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

Según se recoge en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, *“los EOE cumplimentarán, a través del sistema de información Alborada, el Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT) de cada uno de los alumnos y alumnas cuyos informes previos a la escolarización fueron trasladados por los CAIT donde son atendido. A esta información podrá acceder el EPAT y el CAIT donde sea atendido cada alumno y alumna”*.

Son pocos profesionales de los EOE quienes pueden acceder al Sistema de información Alborada, por lo que en la práctica esta instrucción tiene dificultades para llevarse a cabo. Por



otro lado, la clasificación diagnóstica difiere en los términos que se emplean en Educación y Atención Temprana, quedando recogido en la siguiente tabla las equivalencias entre los mismos.

Tabla 8.4. Protocolo de trastornos del desarrollo compartido EDUCACIÓN/CAIT. Fuente: Decreto 29/04/2016

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

En las entrevistas de los **grupos focales**¹⁵², a pesar de lo indicado en la ley, los padres y madres de menores de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo o el riesgo de presentarlos, perciben falta de apoyo a las necesidades que requieren sus hijos en las escuelas infantiles y colegios, sobre todo, la ausencia de personal de apoyo o especializado (PTIS, PT, AL).

Los principales problemas que viven las familias de los y las menores incluidos en el Sistema de Atención Temprana escolarizados en las escuelas infantiles, guarderías y colegios, tanto en primer ciclo de Infantil como en segundo ciclo, ambas etapas no obligatorias, son los siguientes:

- Escasez o ausencia de personal específico que puedan cubrir las necesidades de los niños y las niñas, sobre todo, de los/las profesionales técnicos de integración (PTIS), que se encargan, entre otras tareas, del aseo y cambio de pañales o de darles de comer. También echan en falta la figura de enfermería escolar para casos de menores con problemas médicos que puedan requerir una asistencia especializada en casos de urgencia.

¹⁵² Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



- Escasa comunicación e intercambio de información entre los Centros educativos y los CAIT.
- En ocasiones, poca formación y sensibilidad del profesorado ante los trastornos de desarrollo de los y las menores.
- Diferencias de abordaje en el tema de la integración e inclusión escolar, preocupando la relación entre iguales, la convivencia escolar y la posibilidad de casos de bullying o aislamiento social.
- Ausencia de medidas específicas para que el entorno escolar conozca, comprenda y acepte la diversidad.

8.3.- SERVICIOS SOCIALES

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

Los **Servicios Sociales Comunitarios** y los **Equipos de Tratamiento Familiar (ETF)** realizan el seguimiento y pueden detectar y realizar la derivación oportuna al Sistema de Atención Temprana a través de los cauces establecidos (mediante la figura del pediatra de AP). Las memorias anuales de los Equipos de Tratamiento Familiar (ETF) recogen un indicador de menores en los que el ETF ha detectado un posible caso de Atención Temprana

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

Las familias que participaron en los **grupos focales**¹⁵³ desconocen los servicios que les pueden ofrecer desde los Servicios Sociales la asistencia a los grupos de apoyo familiar; ayuda en los trámites de solicitudes de becas y subvenciones; derivación a los Centros de Valoración y los EVO, etc.

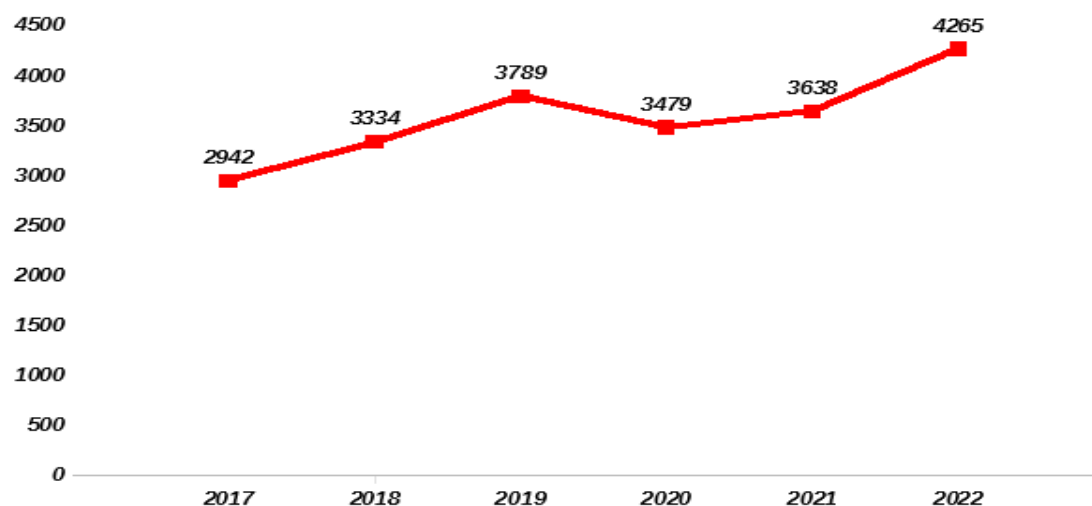
8.3.1.- DEPENDENCIA – ASSDA

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

En 2017, se registraron un total de 2.942 solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia, marcando el punto de partida de este análisis. En 2022, se alcanzó el nivel más alto con 4.265 solicitudes, consolidando una tendencia creciente en la conciencia y la demanda de reconocimiento de la situación de dependencia.

Fig. 8.1.- Solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia de menores entre 0 y 5 años.

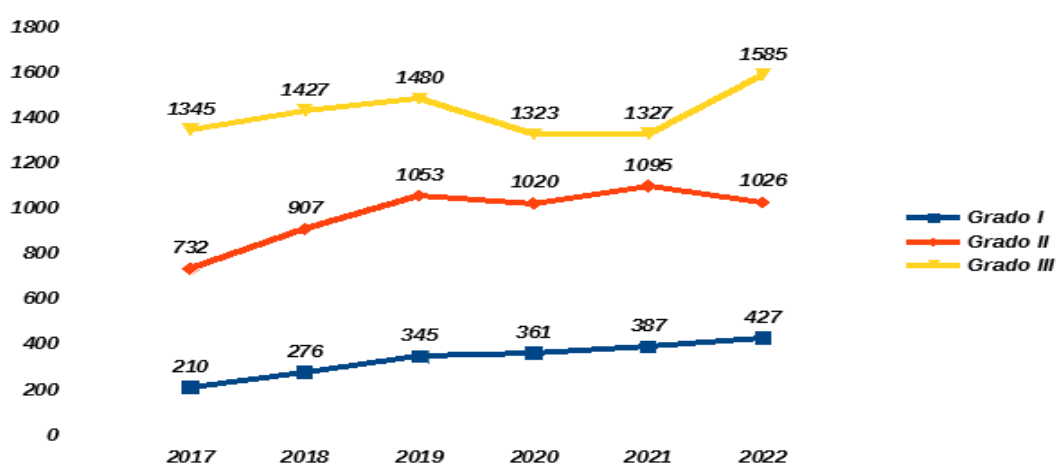
¹⁵³ Oficina Técnica del PIAT. Informe de las entrevistas a Grupos Focales de Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023



Fuente: SISAAD. 2023

Por otro lado, a lo largo del período comprendido entre los años 2017 y 2022, se ha observado una variación significativa en el número de resoluciones de grado de dependencia, grado III (gran dependencia), grado II (dependencia severa) y grado I (dependencia moderada), lo que refleja una mayor proporción de menores de 6 años en situación de dependencia con importantes necesidades de apoyo.

Fig. 8.2.- Resoluciones de grado de dependencia en menores de 0 a 5 años.



Fuente: SISAAD. 2023.

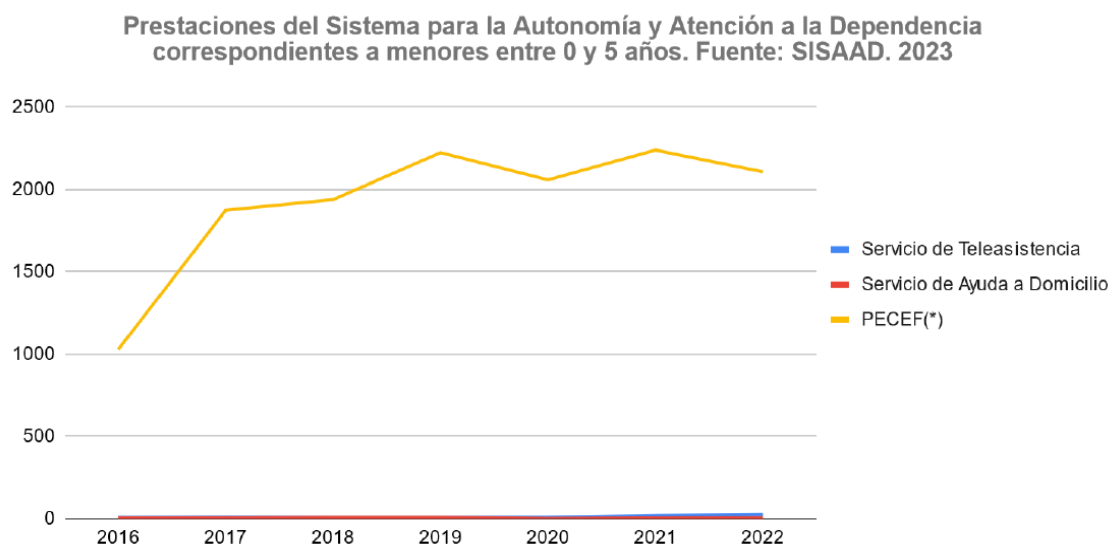
Se destaca que, de entre todos los servicios y prestaciones de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en su gran mayoría, las personas en situación de dependencia con edades comprendidas entre 0 y 6 años acceden a la **prestación económica** de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF). Supone un respaldo económico a las familias que cuidan de estos menores en su propio hogar y un apoyo valioso para las familias que les ayuda a cubrir los gastos derivados de su cuidado y atención. En 2021, la PECEF alcanzó su nivel más alto con 2.240 menores.

El número de expedientes orientados al servicio de **Teleasistencia** ha alcanzado su máxima en 2022, con 25 casos, siendo cifras muy reducidas en comparación al porcentaje de población con estas edades que presentan reconocimiento de la situación de dependencia.

La media de personas menores atendidas a través del **servicio de ayuda a domicilio** oscila en 5 casos en el periodo de tiempo analizado.



Fig. 8.3.- Tipos de Prestaciones de dependencia en niños de 0 a 5 años. Fuente: SISAAD. 2023.



(*) Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

Tabla 8.5. A continuación se reflejan el número de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia correspondiente a personas menores de 6 años.

	Menores de 6 años			Menores de 3 años			De 3 a 5 años		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	4.939	3.293	1.646	878	512	366	4.061	2.781	1.280
Almería	500	349	151	107	78	29	393	271	122
Cádiz	635	409	226	80	42	38	555	367	188
Córdoba	541	354	187	106	61	45	435	293	142
Granada	579	378	201	116	62	54	463	316	147
Huelva	345	242	103	71	39	32	274	203	71
Jaén	351	224	127	88	51	37	263	173	90
Málaga	1.088	739	349	166	92	74	922	647	275
Sevilla	900	598	302	144	87	57	756	511	245

Fuente: SISAAD-ASSDA 2023

Tabla 8.6. Número de resoluciones de reconocimiento de la situación de dependencia en menores de seis años

Grado de dependencia (Última resolución)												
	GIII - Gran dependencia			GII - Dependencia severa			GI - Dependencia moderada			SG - Sin dependencia reconocida		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	1.877	1.277	600	1.425	962	463	497	321	176	388	219	169
Almería	196	137	59	136	102	34	45	32	13	42	23	19
Cádiz	280	183	97	177	110	67	49	33	16	25	15	10
Córdoba	202	132	70	152	103	49	53	30	23	43	26	17
Granada	182	113	69	195	138	57	99	63	36	53	28	25
Huelva	141	104	37	107	74	33	38	23	15	18	13	5
Jaén	159	105	54	110	67	43	37	25	12	30	19	11
Málaga	402	282	120	300	202	98	80	47	33	78	49	29
Sevilla	315	221	94	248	166	82	96	68	28	99	46	53



Fuente: SISAAD – ASSDA 2023.

Tabla 8.7. Número de resoluciones de reconocimiento de prestación en menores de seis años

Grado de dependencia (Reconocido en el Programa Individual de Atención)									
	GI - Dependencia moderada			GII - Dependencia severa			GIII - Gran dependencia		
	Ámbito territorial	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Andalucía	309	197	112	964	639	325	1.318	896	422
Almería	25	17	8	72	50	22	103	73	30
Cádiz	33	23	10	124	77	47	182	111	71
Córdoba	26	16	10	95	60	35	137	86	51
Granada	67	42	25	158	112	46	155	100	55
Huelva	31	19	12	82	59	23	125	95	30
Jaén	31	19	12	78	49	29	112	73	39
Málaga	41	24	17	176	115	61	275	199	76
Sevilla	55	37	18	179	117	62	229	159	70

Fuente: SISAAD – ASSDA 2023.

Aunque los datos expuestos indican que los reconocimientos de la prestaciones de la dependencia crecen año a año, las familias entrevistadas¹⁵⁴ indican la falta de información respecto a estas prestaciones, quién tiene derecho a ellas, dónde y cómo se solicitan, etc.

8.3.2.- DISCAPACIDAD (EVOS).

La solicitud de **grado de discapacidad** se realiza a instancia de parte y se dirige a los **Centros de Valoración y Orientación** de personas con discapacidad. Existe un centro en cada provincia donde trabajan varios equipos.

Los **Equipos de Valoración y Orientación** (EVO) están constituidos por profesionales de la medicina, la psicología y el trabajo social, que realizan la valoración en base a lo establecido en el Real Decreto 888/2022 de 18 de octubre.

Tabla 8.8.- Grado y porcentaje de discapacidad en niños menores de 6 años en Andalucía, en 2022. Fuente: Elaboración propia con datos aportados por le DG Personas con Discapacidad de la CISJFI.

Grado	Porcentaje	Nº	Prestaciones y ayudas a las que se puede acceder
1	0%		
2	1-24%	2.051	
3	25-32%	62	
3	33-49%	12.628	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
4	50-64%	1.267	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
4	65-74%	2.445	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación
			Descuentos especiales en trenes de las cercanías y en las principales líneas
			Abono social de Telefónica
			Pensión en favor de familiares, pensión de orfandad y prestación familiar por hijo a cargo
5	75 o más	1.600	Ayudas fiscales y para vivienda, movilidad, transporte y educación



			Descuentos especiales en trenes de las cercanías y en las principales líneas
			Abono social de Telefónica
			Pensión en favor de familiares, pensión de orfandad y prestación familiar por hijo a cargo
TOTAL DE PERSONAS VALORADAS		19.991	

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

8.3.3.- SALUD MENTAL

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

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

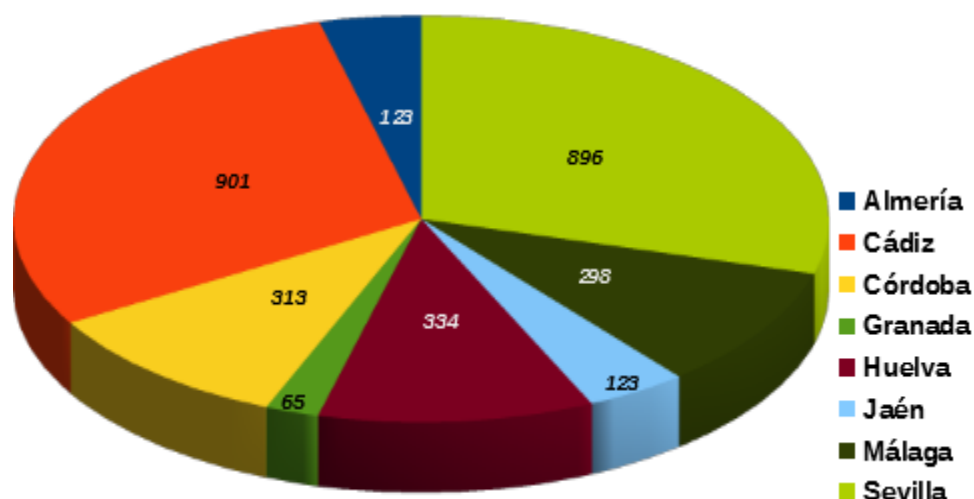
Contemplando la distribución por provincias sanitarias, el mayor porcentaje de niños y niñas atendidos en SM y AT corresponde a la provincia de Cádiz (29,51%) a pesar de contar con el 14,1% de la población de 0 a 5 años.

En segundo lugar le sigue la provincia de Sevilla, suponiendo entre ambas casi un 60% del total de menores atendidos en ambos sistemas. Las menores cifras (4%) son para las provincias de Almería y Jaén.

TABLA 8.9. Distribución provincial de la población de 0 a 5 años atendidos en AT y SM.

PROVINCIA	Totales atendidos	% Atendidos	% Población 0 a 5 años
Almería	123	4	10,4
Cádiz	901	29,5	14,1
Córdoba	313	10,2	8,5
Granada	65	2,1	10,5
Huelva	334	10,9	6,1
Jaén	123	4	6,7
Málaga	298	9,7	19,7
Sevilla	896	29,3	23,6
Total Resultado	3.053	100	100

Fuente: Elaboración propia.



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

TABLA 8.10. Distribución provincial de la población de 0 a 5 años atendidos en AT y SM por edad.

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

Fuente: Elaboración propia.

Se mantiene un alto porcentaje de niños respecto a niñas, siendo las edades de 3 y 4 años las que tienen mayor demanda.

En cuanto a los diagnósticos establecidos en SM de niños y niñas que ya han pasado por un dispositivo especializado de AT:

- Un 8,8 % no dispone de un diagnóstico (**vacío**) o el mismo se encuentra aplazado (29,2 %).
- Un 2,2 % no se le reconoce **patología psiquiátrica**.
- Un 41,2 % tiene un diagnóstico de **Trastorno Generalizado del Desarrollo**, término recogido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su cuarta versión revisada (DSM IV-R) que se agrupaba dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia”. En la quinta versión (DSM-V) publicada en 2013, esta definición ha sido sustituida por "Trastornos del espectro del Autismo" (TEA), que han sido incluidos dentro de una



categoría más amplia llamada "Trastornos del Neurodesarrollo"¹⁵⁵. El diagnóstico más prevalente es el Trastorno Generalizado del Desarrollo que tiene su equivalencia DSM V y ODAT en Trastorno del espectro del autismo (TEA).

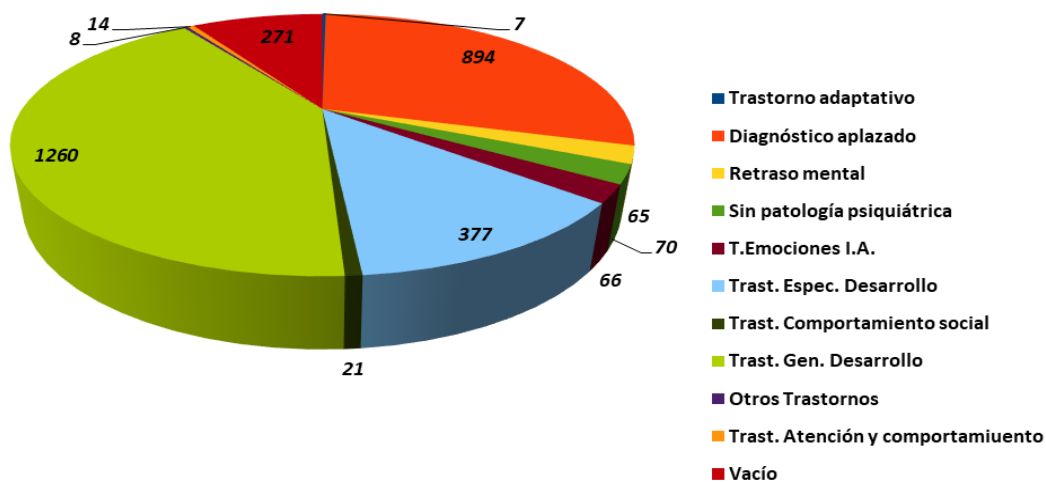
- Un 12,35% tienen reconocido **Trastorno Específico del Desarrollo**, término que se utiliza para describir una serie de trastornos neurológicos que afectan la adquisición, retención o aplicación de habilidades específicas o conjuntos de información.
- Existe algún diagnóstico como el **Trastorno del comportamiento social**, de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia, que constituye una categoría en la CIE-10 pero que no existe en el DSM V. En su lugar, se han incluido otros trastornos que pueden ser relevantes para los problemas de comportamiento social en la infancia y adolescencia, como el Trastorno del Espectro Autista, el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de conducta.

¹⁵⁵ La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconocía el Autismo dentro del Eje I: Síndromes Psiquiátricos Clínicos con un código F84, que se refiere a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Se consideraba a los TGD como "un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en las formas de comunicación, y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restringido de intereses y actividades". Desde mayo del 2018, la CIE-11 está en vigencia y sustituye a la CIE-10. Se conserva el diagnóstico de TEA, quedando englobado dentro de los Trastornos del comportamiento y neurodesarrollo, en concreto dentro de los Trastornos del neurodesarrollo, como en la DSM V.



Tabla 8.11.- Diagnósticos establecidos por Salud Mental (SAS) en niños y niñas atendidos en 2022 en los servicios de SM y AT. Elaboración propia.

DIAGNÓSTICO	TOTAL	Porcentaje
Diagnóstico Aplazado	894	29,28
Retraso Mental	65	2,13
Sin Patología Psiquiátrica	70	2,29
T. de las Emociones de comienzo en la Infancia y Adolescencia	66	2,16
T. del Comportamiento Social de comienzo específico en la Infancia y Adolescencia	21	0,69
Trastorno Adaptativo	7	0,23
Trastorno de la Conducta Alimentaria	1	0,03
Trastorno Específico del Desarrollo	377	12,35
Trastorno Generalizado del Desarrollo	1.260	41,27
Trastorno Mental Orgánico	2	0,07
Trastorno Mental sin Especificación	3	0,10
Trastorno por Tic	1	0,03
Trastorno relacionado con Ansiedad y Depresión	1	0,03
Trastornos de la Atención y el Comportamiento	14	0,46
(vacío)	271	8,88
Total Resultado	3.053	100,00



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



9.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

9.1.- FORMACIÓN Y RECICLAJE A PROFESIONALES Y FAMILIARES SOBRE ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA.

Desde el Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP), en coordinación con la Consejería competente en materia de Servicios Sociales, se realizaban anualmente algunos programas formativos sobre “*Detección y Coordinación de Necesidades: Atención Temprana y Dependencia (0-6 Años)*”¹⁵⁶, destinados al Personal de los Servicios de Protección de Menores, Prevención y Apoyo a las Familias de las DDTT de la Consejería y de la DG de Infancia y Familias con funciones en materia de protección y al personal técnico de los SSCC. El objetivo era conocer las características de los trastornos más comunes en el desarrollo durante estas edades, identificando signos de alerta de una forma precoz; lo que permitiría la atención temprana a los mismos. Asimismo, con este curso se pretendía dar a conocer a las personas profesionales el contenido del I Plan Andaluz de Atención Integral a Personas Menores de 6 años en situación de Dependencia o en riesgo de desarrollarla ya finalizado, así como de las actuaciones llevadas por otros profesionales y el circuito a seguir para facilitar a los niños y niñas que necesiten el acceso a los recursos de atención temprana y dependencia. Pero con la llegada del COVID19 este programa se bloqueó.

La **Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)** mantiene un curso de formación específica en atención temprana tanto de Máster como de Experto dirigido a profesionales con titulación en Psicología y especialización en Psicología clínica¹⁵⁷ y el programa de formación continuada **IMPULSO**¹⁵⁸. El **SEPE-INEM** también ofrece formación especializada con un máster sobre atención temprana¹⁵⁹.

156 Detección y Coordinación de Necesidades: Atención Temprana y Dependencia (0-6 Años). IAAP. 03/06/2019. <http://www.iaap.junta-andalucia.es/institutodeadministracionpublica/publico/ofertasformativas.filter?step=read&cd=54076&lst=1&date=06-03-2019&cu=>

157 Curso de Formación Específica en Atención Temprana. EASP. URL: <https://www.easp.es/curso-de-formacion-especifica-en-atencion-temprana/>

158 Programa IMPULSO a la formación continuada de los Profesionales Sanitarios de Andalucía. Curso Atención temprana: Criterios de derivación a la Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo. EASP – IAVANTE – Fondos MMR. 2023. URL: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad-investigacion-conocimiento/formacion-desarrollo-profesional/paginas/programa-impulso.html>

159 CURSO INEM-SEPE 2023 MASTER en Atención Temprana A DISTANCIA en Andalucía. URL: <https://cursossepe2023.cursosinem2022.com/c-curso-inem-sepe-2023-master-en-atencion-temprana-a-distancia-r-andaluc%C3%ADa>



Lo que sigue funcionando es la formación mediante cursos, jornadas y congresos en este campo que se realiza desde las asociaciones¹⁶⁰ y federaciones de familiares de personas con discapacidad^{161, 162}, las asociaciones de profesionales del sector y las Universidades de Andalucía^{163, 164, 165, 166, 167}.

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

Se observan también diferencias entre las principales funciones que realizan los grupos profesionales y la continua formación en Atención Temprana. La función de detección/diagnóstico es la que reúne mayor número de profesionales (63%) que afirman que solo reciben formación a veces, mientras que las personas profesionales que realizan tratamiento, se afirman en este sentido en un 42%.

En las **entrevistas realizadas a las personas informantes clave**¹⁶⁸, se ha manifestado la necesidad de formación continua y reciclaje permanente que permita actualizarse con nuevos conocimientos no solo entre el personal sanitario sino dirigida a los equipos profesionales de los centros educativos e incluso a las familias, como actores clave para una óptima actuación con las personas menores.

160 Eventos sobre Atención Temprana. ATAI. 2023. URL: [//https://www.aprendemas.com/es/centros/atai-asociacion-interprofesional-de-atencion-temprana-de-andalucia-36021/">https://atenciontemprana-atai.es/eventos-atencion-temprana //](https://atenciontemprana-atai.es/eventos-atencion-temprana)
<https://www.aprendemas.com/es/centros/atai-asociacion-interprofesional-de-atencion-temprana-de-andalucia-36021/>

161 Curso de La Atención Temprana que queremos, nueva formación online. Plena Inclusión Andalucía. 2023. URL: <http://www.plenainclusionandalucia.org/www2/content/atencion-temprana-que-queremos-nueva-formacion-online>

162 Aula Tercer Sector. ASPACE. URL: <https://aulatercersector.com/formacion-atencion-temprana-cait/>

163 Master propio en trastornos del espectro autista. Universidad de Jaén. URL: <https://atenciontemprana-atai.es/evento/1%C2%AA-ed.-master-propio-en-trastornos-del-espectro-autista/35>

164 Máster de formación permanente en Atención Temprana. UPO. Sevilla. URL: <https://www.upo.es/formacionpermanente/master-formacion-permanente/atencion-temprana/>

165 Máster de formación permanente en Atención Temprana. Universidad de Jaén. URL: https://giepropias.ujaen.es/index.php?r=site%2Fficha-curso&id_estudio=146

166 CAITUCO – Centro de Atención Infantil Temprana de la Universidad de Córdoba. URL: <https://www.uco.es/cait/formacion/>

167 Máster Universitario en Atención Temprana. Universidad LOYOLA – Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Sevilla. URL: <https://www.ulyola.es/masteres/atencion-temprana>

168 Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



En este sentido y para garantizar la unidad de formación de todo el colectivo de profesionales, se demanda que la administración autonómica desarrolle cursos de especialización. Asimismo, señalan la necesidad de formación específica para abordar el trabajo con las familias en un doble sentido: por una parte, para trabajar con ellas en el duelo inicial o el estrés emocional que supone el afrontamiento de la noticia y, por otra parte, una formación más técnica a los propios familiares que les permita continuar con las intervenciones, reforzarlas trabajando con cada menor en sus contextos naturales.

Existe la necesidad de ofrecer y establecer **modelos de atención homogéneos** y eficaces al colectivo de menores en todos los CAIT públicos y concertados de Andalucía. Las diferencias de modelos de atención entre las diferentes provincias se deben a que no se realiza un programa de formación de calidad, que llegue a un número considerable de profesionales de los CAIT en un periodo de tiempo razonable, que permitiera homogeneizar la prestación de servicios en todo el territorio. Si se quiere conseguir una atención y prestación de calidad en atención temprana en Andalucía, se debe poner a disposición de todos os grupos profesionales el acceso a un programa estandarizado de formación con una calidad constatada y centrado en la coordinación interinstitucional.

9.2.- I+D+I: DESARROLLO Y COLABORACIONES CON UNIVERSIDADES EN PROYECTOS Y ACTUACIONES DEL SISTEMA Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN ANDALUCÍA.

Además de la labor universitaria de investigación reflejada en los proyectos desarrollados por los grupos **PAIDI** de la Junta de Andalucía, los organismos y centros públicos de investigación (**OPI**) ejercen una **función investigadora** fundamental en la región. Mención especial reciben, igualmente, las fundaciones y centros de I+D de salud, que se constituyen como piezas esenciales del SSPA. Un sistema cuya calidad se sustenta en el conocimiento como una de sus claves fundamentales y que está formada por 54 hospitales públicos y 33 distritos sanitarios con 1.513 centros de atención primaria donde se realiza actividad asistencial, docente e investigadora.

Por otro lado, existe la Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas (**IATA**), con especial repercusión en el entorno asistencial y preventivo de la atención temprana, cuyo principal objetivo es impulsar el desarrollo de **nuevas terapias** con el propósito de mejorar la salud de la población e incorporar las **terapias avanzadas** en Andalucía como elemento de innovación de la asistencia sanitaria y de progreso de nuestra región. Su trabajo se centra en la elaboración de propuestas orientadas a aspectos específicos correspondientes a:

- Terapia celular y medicina regenerativa.
- Genética clínica y medicina genómica.
- Nanomedicina.

La **Historia Digital de Salud (DIRAYA) como plataforma de I+D+i**. La Historia digital de salud es el sistema informático que el SSPA utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria, y constituye una importante herramienta para la investigación en temáticas relacionadas con factores sociales y salud, demanda asistencial, incidencia, fármacos, calidad asistencial, etc.

A esto se añade la posibilidad que supone la existencia del **Sistema de Información ALBORADA** como fuente de estudios de salud pública y epidemiología para la atención



temprana, bajo el principio del fomento de la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones.

En el informe de **entrevistas en profundidad a informantes clave**¹⁶⁹ se ha puesto de manifiesto que el colectivo profesionales mantienen enorme cautela a la hora de aplicar en Andalucía metodologías de intervención que se estén utilizando a nivel nacional o internacional. El contexto social, normativo, económico y de otra índole ha de analizarse previamente antes de incorporar nuevos protocolos.

10. CONCLUSIONES

Existe un aumento progresivo en la **demanda** a los servicios de atención temprana a lo largo de los años analizados. A pesar del aumento de los recursos (tanto humanos como económicos) aún no se llega a atender al total de la población diana, existiendo grandes desigualdades provinciales que habrá que analizar en profundidad.

Existe también un aumento en la **prevalencia** de trastornos del desarrollo en el sexo masculino respecto al femenino. Las diferentes características y el desconocimiento de la presentación de los signos y síntomas en las niñas pueden estar contribuyendo a su infradetección.

Los diagnósticos trastornos más prevalentes son en primer lugar los trastornos del lenguaje y la comunicación, a los que le siguen el retraso evolutivo y el Trastorno del espectro del autismo. Se mantienen estables en el tiempo los factores de riesgo biológicos pre, peri y posnatales. Existen amplias diferencias en la codificación de los mismos tanto por parte de pediatras, como de USN y CAIT y a nivel provincial. No se usa el mismo lenguaje por parte de atención temprana, salud mental o educación, creando confusión e incertidumbre.

Las familias son en su mayoría las que **detectan** con mayor frecuencia las primeras señales de alerta en el desarrollo. El desconocimiento por parte de los y las profesionales y su minusvaloración limitan el acceso al proceso de atención temprana generando gran cantidad de estrés y ansiedad familiar.

La **demora** para la valoración por parte de las USN y la posterior atención en CAIT es señalada, tanto por parte de las familias como por los y las profesionales, como el mayor problema existente en la Atención Temprana. Se hace necesario el ajuste de los recursos y protocolos a la demanda actual.

El sistema de gestión e información de Atención Temprana, Alborada, no permite la **interoperabilidad** con los sistemas de otros servicios, limitando la coordinación y el traspaso de información, que es demandada tanto por las familias como por los y las profesionales para poder ofrecer una atención integral.

¹⁶⁹ Oficina Técnica del PIAT. Informe de entrevistas semiestructuradas a informantes clave en Atención Temprana del PIAT-A. SEVILLA. 2023.



Las familias están implicadas, en su gran mayoría, en la intervención y valoran muy positivamente las actuaciones que se realizan desde los CAIT, pero reclaman mayor presencia y **participación** para su capacitación.

En las **jornadas participativas**¹⁷⁰ para la elaboración del PIAT-A se consensuan como principales problemas la desactualización de Alborada y la desconexión con otros sistemas de información, la rigidez en el modelo de atención temprana y de los sistemas que lo sostienen, la desactualización del sistema de financiación del concierto con los CAIT, la demora, la inequidad en el acceso a recursos especialmente para familias que viven en el entorno rural, la heterogeneidad en las intervenciones y el fin de la atención a los 6 años.

Se plantean como principales carencias y necesidades detectadas, la capacitación y formación basada en la evidencia, específica y de calidad, la falta de recursos materiales, económicos y profesionales, con ampliación de los equipos básicos de los CAIT hacia otros perfiles, la mejora en las condiciones laborales de los profesionales, la implementación de protocolos y modelos de atención más humanizados, mejora la atención en el rango de edad de 0 a 3 años y la continuidad más allá de los 6 años.

Se establecen como **retos** a los que se debe enfrentar el sistema de atención temprana, la planificación organizativa, el modelo de atención centrado en la familia, la equidad y la igualdad de oportunidades, el establecimiento de una misma codificación diagnóstica y una base de datos funcional y accesible, el ajuste de presupuestos, acabar con las listas de espera, la revisión de los procesos asistenciales y la formación en atención temprana de los grados universitarios, postgrados y formación continuada, especialmente para el profesorado de primer y segundo ciclo de educación infantil.

10.1.- PROBLEMAS – P / NECESIDADES – N / RETOS – R:

10.1.1.- POBLACIONAL

P1.- Aún no se alcanza la **atención** a la población teórica esperada (7,54% de niños y niñas atendidos en CAIT a lo largo de 2022).

N1.- Se estima que alrededor de un 10% de la población infantil tiene un Trastorno del Neurodesarrollo o riesgo de presentarlo con el consiguiente compromiso de salud, educativo o de interacción social, siendo necesario **ajustar la oferta de servicios** a la prevalencia.

N2.- Existen **desigualdades de género y distribución geográfica** que obligan a realizar un estudio más detallado de las posibles causas.

R1.- A pesar del descenso progresivo de la natalidad en Andalucía se está generando una mayor **demand**a de atención por problemas de trastornos del desarrollo en menores de 6 años a la que el sistema tendrá que dar respuesta. Se puede comprobar la tendencia ascendente de las **derivaciones** de menores a las USN y a los CAIT durante estos años.

10.1.2.- BASES DE DATOS Y COORDINACIÓN

P2.- En la actualidad, el sistema de información **ALBORADA** no permite el acceso a todos los documentos que se generan, ni permite compartir datos con ningún otro sistema de forma **interoperativa** en tiempo real (P*).



- P3.-** Alborada es percibido por profesionales como una herramienta de **control** y fiscalización de la administración, más que una herramienta que facilite el trabajo y la coordinación con otros profesionales, no siendo percibida su utilidad para la mejora de la calidad del servicio ni para obtener datos de interés (P*).
- P4.-** La historia social única electrónica (**CohesSiona**), que contiene la información social (discapacidad y dependencia) de los niños y niñas valorados, no es accesible por el sistema de AT, ni por el de Salud (**DIRAYA**). Además, al no disponer de un **identificador común**, no es posible realizar el cruce de datos entre los diferentes sistemas (P*).
- P5.-** A pesar de los diferentes protocolos de coordinación publicados entre educación y salud, en la actualidad sólo la **coordinación** de los EOE y los especialistas de las Delegaciones Territoriales tienen acceso a Alborada.
- P6.-** Actualmente no es posible establecer un cruce de datos entre los programas de información **SÉNECA** y Alborada. En SÉNECA se cuenta con el NIE (Número de Identificación Escolar) que es el asignado a cada alumno o alumna desde el inicio de escolarización y Alborada utiliza el NUHSA (Número Único de Historia de Salud en Andalucía).
- P7.-** Hay un aumento progresivo en el reconocimiento del grado de discapacidad y de dependencia a lo largo de los años estudiados, tal y como ocurre en AT, no siendo posible determinar los menores valorados que están siendo atendidos en otros servicios de educación o AT.
- N3.-** No se dispone de un sistema de control y seguimiento de la **continuidad asistencial** para conocer qué ocurre con la atención coordinada de las personas usuarias después de los 6 años. La salida del sistema genera en las familias gran angustia y preocupación (P*) (N*).
- N4.-** No se ha realizado una actualización y elaboración de nuevos **protocolos de coordinación** a nivel intra e intersectorial (P*) (N*).
- N5.-** No se ha constituido el **Consejo y la Comisión técnica** de AT que exige la Ley de AT de Andalucía (N*). Mesa Técnica con representantes de todos los sectores implicados, no solo para el seguimiento y evaluación del PIATA, sino para el asesoramiento y establecimiento de protocolos de revisión y mejora del sistema de Atención Temprana (R*).
- N6*.-** Se necesita crear **mesas técnicas** para resolver las incidencias del día a día o fortalecer el papel de las delegaciones provinciales.
- R2.-** La actualización del sistema Alborada permitiría la **interoperabilidad** con otros sistemas y superar las deficiencias actuales (P*).
- R3.-** Las personas menores que están siendo atendidas en **salud mental** y atención temprana conjuntamente deberían disponer de un diagnóstico clínico y funcional común.
- R4.-** Se deberían establecer cauces de coordinación con salud mental en todos los casos que lo requieran. De los menores de 6 años que acudieron en 2022 a los servicios de Salud Mental en Andalucía, un 59,43% estaban siendo atendidos en CAIT.

10.1.3.- DIAGNÓSTICO Y CODIFICACIÓN

- P8.-** Muchas **familias** se han sentido ignoradas por profesionales ante las primeras sospechas o señales de alerta de la existencia de un trastorno del desarrollo en sus hijos o hijas.
- P9.-** Los informantes clave argumentan la existencia de problemas de **infradiagnóstico** en base a la insuficiencia de recursos, que provoca **retrasos** en las derivaciones a los CAIT, falta de formación del personal sanitario encargado de la detección y desconocimiento de los recursos con los que cuenta el sistema de Atención Temprana.
- P10.-** El establecimiento de unos **criterios** claros de **derivación** y la priorización de la valoración, en función de la gravedad del diagnóstico previo, acorta los tiempos de espera y disminuye la variabilidad. Las **demoras** y el consiguiente retraso en la obtención de



diagnósticos acrecientan en las familias la **incertidumbre** y la sensación de tiempo perdido (P*).

- P11.-** Con respecto a la **no idoneidad** para recibir intervención en un CAIT, se comprueba que las cifras aumentan a lo largo del tiempo, existiendo diferencia por sexo y provincia con mayor número de niñas, pudiendo traducir infradiagnósticos.
- P12.-** Existe una gran variabilidad interprofesional y entre las distintas provincias en lo que respecta a la **codificación diagnóstica** homogénea de la ODAT.
- P13.-** La ODAT se centra en la identificación de las necesidades específicas de los niños y niñas de 0 a 6 años que tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlos, mientras que los diagnósticos de salud mental se utilizan para identificar trastornos mentales. No existe un lenguaje común entre ambos servicios.
- P14.-** Enfermedades Raras: Con relación a la AT, aún no se puede construir el grupo de edad de 0 a 5 años. Se dispone de datos agrupados por los tramos de <1 año, 1-4 años y 5-9 años.
- P15*.- TEA:** El **incremento de los casos** de TEA requiere centrar esfuerzos en la atención a este trastorno. Se denuncia la diferencia existente en la atención a un niño o niña con TEA, dependiendo de si se realiza desde un centro generalista o desde un centro específico. El número de sesiones es mayor en un **centro específico**. Los centros específicos habrían de constituirse como centros de referencia de recursos, asesoramiento y apoyo al resto de los CAIT.
- N7.-** Romper la Torre de Babel de la **codificación diagnóstica**. Se necesita establecer un **registro con lenguaje común** que permita conocer la prevalencia e incidencia de trastornos del neurodesarrollo tanto a nivel nacional como autonómico en comparación con otros países de nuestro entorno, para desarrollar las políticas adecuadas que eviten o minimicen su aparición (P*) (R*).
- R5.-** De las encuestas a profesionales de atención temprana realizadas se obtiene el dato de que las principales **fuentes de detección** de los trastornos del desarrollo son claramente los familiares que conviven con la persona menor (41%) y las personas profesionales del ámbito de la salud (35%). En tercer lugar, destacan profesionales del ámbito educativo (18%). Todos los grupos profesionales que trabajan con la infancia deberían ser conocedores de las primeras señales de alerta ante la posible existencia de un trastorno del desarrollo.
- R6.-** El incremento de diagnósticos de trastornos del lenguaje y la comunicación, el retraso evolutivo y los trastornos del espectro del autismo (entre los tres representan más del 75% de las ODAT atendidas en los CAIT) precisa una **adecuación de las plantillas de personal en los CAIT**.
- R7.- Hipoacusias:** el cruce de datos entre los servicios de ORL y AT permitiría la comprobación de que todos los niños y niñas que han sido diagnosticados mediante el cribado auditivo son atendidos en AT y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo de la intervención en CAIT.
- R8.- Metabolopatías:** Falta el cruce de datos que nos permita conocer si los menores diagnosticados de metabolopatías que conllevan riesgo neurológico son finalmente derivados a AT, así como los tiempos de demora. El conocimiento de dichas enfermedades facilitaría la transmisión de información para analizar las posibles derivaciones a AT y el Plan de Intervención más adecuado para cada una de ellas.
- R9.-** La determinación de NEAE más prevalente en el Segundo Ciclo de Educación Infantil fue el Trastorno Grave del Desarrollo con un total de 10.641 niños y niñas. El resto hasta 9.390 corresponden al segundo ciclo de Educación Infantil. El incremento de las políticas públicas destinadas a las personas menores en primer ciclo de educación infantil, permitirá la detección de trastornos del desarrollo a una edad más temprana.



10.1.4.- CENTROS Y SERVICIOS

- P16.-** El **CAIT es el recurso de Atención Temprana mejor valorado** por las familias, no identificando el resto de los servicios como parte del sistema.
- P17.-** Se ha detectado una elevada implicación de las familias que reclaman mayor presencia y **participación** en las sesiones de intervención. Ponen de manifiesto que no se incluyen de manera sistemática actuaciones sobre apoyo, capacitación, orientación y empoderamiento (P*). El sistema responde de manera insuficiente a las necesidades de las familias.
- P18*.-** En algunos CAIT están fuera del sistema de **intermediación** con la familia y deberían estar integradas en el proceso como un binomio inseparable.
- P19*.-** Incluir el apoyo a la familia en la etapa pre y perinatal desde las unidades neonatales con mejor dotación de personal y formado. Sobre todo, la fase de duelo perinatal con un protocolo de acompañamiento. **Atención emocional** a las familias. Apuesta por la humanización y el acompañamiento familiar.
- P20*.-** Mejorar la **equidad** en el acceso a los servicios, sobre todo en las zonas rurales y los cribados de detección temprana por la familia y en los colegios.
- P21.-** A pesar del incremento en los últimos años en la inversión destinada a la atención temprana, existen más de 2.700 menores a la espera de poder ser atendidos en CAIT, existiendo variabilidad interprovincial.
- P22.-** El reparto de fondos por provincia no presenta coherencia con el resto de datos analizados.
- P23*.-** Mejorar la **financiación**. El sistema de registro por sesiones (UMAT) no se adapta a la diversidad de servicios que prestan los CAIT. Sólo se paga la intervención y hay muchas otras tareas que se realizan que no tienen repercusión en el coste. Esta situación hace inviable los CAIT pequeños con pocas plazas concertadas. Hay un exceso de carga burocrática y fiscalización.
- P24*.-** Mejorar la **retribución y la conciliación** a los equipos profesionales de los CAIT. Se aprovechan de la vocación. Mejorar la dotación presupuestaria de los conciertos para hacerlo posible.
- P25*.-** Mejorar los tiempos para el diagnóstico en las pruebas hospitalarias debido a la carga asistencial excesiva y abrir la posibilidad de subcontratar a los CAIT.
- P26*.-** Hay profesiones que no se han incorporado en la Ley al **equipo básico** como es el caso de la terapia ocupacional o el trabajo social.
- P27*.-** Escasez de recursos en el **ámbito escolar** para casos complejos.
- P28*.- CALIDAD:** La falta de evaluación de la calidad de la intervención que reciben las personas menores y sus familias (esta evaluación no debe recaer en el equipo de profesionales que trabajan directamente con ellos).
- N8*.-** Necesidad de incorporar a los equipos la figura “**gestor/a de casos**”: que acompañe a las familias en todo el proceso; que apoye en las transiciones y que de soporte a las familias con mayores dificultades; fortaleciendo el trabajo social que se realiza con las familias.
- N9.-** Existe la necesidad de ofrecer y establecer **modelos de proceso** flexibles y protocolos de atención e intervención biopsicosocial, homogéneos y eficaces, en todos los CAIT de Andalucía (P*).
- N10.-** Urge adecuar la **ratio de personal** a la demanda en aquellas USN y CAIT saturados en la actualidad (N*).
- N11.-** Para disminuir la **demora** en la evaluación y poder dar una respuesta a las familias en el plazo establecido según recoge la Ley de AT se necesitaría adecuar los recursos en función



de la demanda a las diferentes USN y CAIT a nivel provincial y evaluar las diferentes causas que la motivan (P*).

R10.- El aumento de la inversión destinada a la Atención Temprana permitirá dar respuesta a toda la demanda existente de atención en los CAIT.

R11*.- Planificación organizativa. Coordinación de base en protocolos, carteras de servicios, etc... en educación, servicios sociales y salud, con una dinámica de comunicación de 360 grados en todos los estamentos, en el diagnóstico y con Alborada. Procesos asistenciales integrados y revisados.

R12*.- Plan de acción sostenible, coordinado y adecuadamente dotado.

10.1.5.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

P29*.- Establecer **líneas prioritarias** de AT en los programas de I+D+i.

P30*.- Favorecer la **investigación interdisciplinar** (Ingeniería, neurociencia, musicoterapia, etc...) y la **biosocioética** sobre todo de datos y registros complejos y de la producción científica.

P31*.- Coordinar y homogeneizar los contenidos de Atención Temprana que se incluyan en los **planes de estudio** de Psicología, Fisioterapia, Logopedia, etc..., crear profesionales especialistas en Atención Temprana y que los másteres sean de calidad contrastada y certificada (N*).

P32*.- Desarrollar e impartir programas de formación y guía a las familias, a los padres, madres y hermanos o hermanas.

P33*.- Apuesta por las **TIC, IA, Big Data, la transformación digital de la gestión y los equipos móviles** de tratamiento y seguimiento domiciliario.

P34*.- La escasa **evidencia científica** disponible en los tratamientos de atención temprana. Investigación de nuevos modelos de intervención.

P35*.- La ausencia de investigación en enfermedades raras.

N12.- Las personas profesionales no disponen de un programa estandarizado de **formación** con una calidad constatada y centrado en la coordinación interinstitucional para conseguir una atención y prestación de **calidad homogénea** en atención temprana en todas las provincias de Andalucía.

N13.- Se demandan programas de **investigación** que fomenten la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones en este sector. (P*)

NOTA: Aquellos PNR surgidos en las conclusiones de las jornadas participativas¹⁷¹ se señalan con un asterisco. Y aquellos que ya disponíamos de los anteriores análisis y han sido ratificados por las personas que colaboraron en los grupos de trabajo de las Jornadas Participativas, se señalan con (P*) (N*) (R*).

ANEXO.- ACRÓNIMOS

AAEE – Atención Especializada de Salud.

AAPP – Atención Primaria de Salud

ACD – Andalucía Compromiso Digital.

ACSA - Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía.

AE – Atención Especializada.

AH – Atención Hospitalaria.

AP – Atención Primaria de Salud.

ASSDA - Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.



AT – Atención Temprana.

CAIT - Centros de Atención e Intervención Temprana.

CCAA - Comunidades Autónomas.

CDEF - Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

CDIAT – Centro de Detección e Intervención de Atención Temprana.

CED - Consejería de Educación y Deporte

CERMI - Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad.

CIE – Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIF - Clasificación Internacional Funcionamiento.

CISJFI - Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

CSC - Consejería de Salud y Consumo.

CUII - Consejería de Universidad, Investigación e Innovación.

CVO - Centro de Valoración y Orientación.

DG - Dirección General.

DGPD - Dirección General de Personas con Discapacidad.

DGSPDF - Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

DI – Discapacidad Intelectual

DT / DDTT - Delegación Territorial.

EASP - Escuela Andaluza de Salud Pública.

EDD - Estancia Diurna de Personas con Discapacidad.

EDTO - Estancia Diurna con Terapia Ocupacional.

EECTI – Estrategia Española de Ciencia Tecnología e Innovación.

EELL - Entidades Locales.

EGC - Enfermería Gestora de Casos.

EIDIA – Estrategia de I+D+i de Andalucía.

EOE - Equipos de Orientación Educativa.

EPAT - Equipos Provinciales de Atención Temprana.

EPES - Empresa Pública de Emergencia Sanitaria.

ETF – Equipos de Tratamiento Familiar.

FAISEM - Fundación pública andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental.

FEAFES - Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

GAT - Federación Nacional de Asociaciones Autonómicas de Profesionales de Atención Temprana.

GRUSE - Grupos Socioeducativas en Atención Primaria.

IAAP – Instituto Andaluz de Administración Pública.

IAM - Instituto Andaluz de la Mujer.

IATA – Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas.

IECA - Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

IMSERSO - Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE - Instituto Nacional de Estadística.

IPREM - Indicador Público de Renta de efectos Múltiples.

LAPAD - Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

LOE – Ley Orgánica de Educación 2/2006.

LOMLOE - Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la LOE 2/2006, de 3 de mayo de Educación.

LSE - Lenguaje de Signos Español.

NEAE - Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

NEE - Necesidades Educativas Especiales.

NTIC - Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación.

ODAT - Organización Diagnóstica de Atención Temprana.

OEA – Otoemisiones acústicas.

OMS / WHO - Organización Mundial de la Salud.

ONCE - Organización Nacional de Ciegos Españoles.

PAI - Proceso Asistencial Integrado.

PAIDI - Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación.

PEAT – Potenciales evocados auditivos tronco.

PIA - Programa de Intervención Social.

PIIT - Programa Individual de Intervención Temprana.

PIAT – Plan Integrado de Atención Temprana.

PRL - Prevención de Riesgos Laborales.

PSLT - Promoción de la Salud en los lugares de trabajo.

RDSM – Retraso Global del Desarrollo.

RELAS - Red de Acción Local en Salud

RPM – Retraso Psicomotor.

SAAD - Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD - Servicio de Ayuda a Domicilio.

SAS - Servicio Andaluz de Salud.

SAT - Servicio Andaluz de Telesistencia.

SG - Secretaría General.

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



SISAAD - Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

SM - Salud Mental.

SPSSA - Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

SSCC - Servicios Sociales Comunitarios.

SSPA - Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía.

TAP - Trastorno específico de aprendizaje.

TCS - Trastorno de Comunicación Social

TD - Trastornos del Desarrollo.

TDAH - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

TDC - Trastorno del desarrollo de la coordinación

TEA - Trastorno de Espectro Autista.

TIC - Tecnologías de Información y Comunicaciones.

TL - Trastorno del lenguaje.

TMG - Trastorno Mental Grave.

TS Hospitalario - Trabajador Social Hospitalario.

TS Salud - Trabajador Social de Salud.

TS SSCC - Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios.

TT - Trastorno de Tourette.

TTC Trastorno de tics crónicos

UAIT - Unidades de Atención Infantil Temprana / Ahora llamadas Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.

UE - Unión Europea.

UED - Unidades de Estancia Diurna.

UGC - Unidad de gestión Clínica.

UMAT - Unidad Media de Atención Temprana.

UN - Naciones Unidas.

USMIJ - Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil hospitalarias

USN - Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.

UTS - Unidades de Trabajo Social.

ZBS - Zonas Básicas de Salud.

ZNTS - Zonas con Necesidades de Transformación Social.



ANEXO.- DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, ASESORÍA Y REDACCIÓN.

PRESIDENCIA.

- **Rocío Hernández Soto.** Consejera de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE.

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

COORDINACIÓN

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

COMITÉ DIRECTIVO PIAT.

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

COMITÉ TÉCNICO PIAT

- **Amparo Conde Conde.** Personal técnico del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad. Dirección General de Participación e Inclusión Educativa.
- **Daniel Fito García.** Subdirección de Estrategias y Planes. SGHPASSC - CSC.
- **David Alexis Costa Carretero.** Jefe departamento Fomento Tecnológicos. Dirección General de Planificación de la Investigación. CUII.
- **Encarnación Gavira Camero.** Directora de Área de Dependencia y Promoción de la Autonomía. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia. CSC y CISJFI.
- **Francisco E. Pérez Torres.** Jefe del Servicio de Estadísticas Sanitarias. CSC.
- **Gema Luque Granados.** Jefa de Servicio de Coordinación de la Historia Social Única. Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente. CISJFI.
- **Javier Fernández Presa.** Jefe de Servicio de Sistemas de Información Sectoriales. Agencia Digital de Andalucía. CPDSSA.
- **Jorge del Diego Salas.** Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. CSC.
- **Lourdes Villar Arévalo.** Asesora Técnica. Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. CISJFI.
- **Luisa Domínguez Carrión.** Jefa del Servicio de Planificación y Acreditación de Centros. CSC.
- **Manuel Prado Cala.** Director del Programa de Salud Mental. SGHPASSC. CSC.
- **María Gutiérrez Rivas.** Jefa del Servicio de Valoración y Orientación. Dirección General de Personas con Discapacidad. CISJFI.
- **M Ángeles Marqués Aranda.** Coordinadora de Programas de Centros de la Subdirección de Inspección Sanitaria. CSC.
- **M Jesús Campos Aguilera.** Jefa de Servicio de Prevención de la salud. CSC.
- **M José de los Ríos Porras.** Directora General de Dependencia. CISJFI.
- **M Victoria García Ramos.** Responsable de la Jefatura de Coordinación de la Dependencia. ASSDA.
- **Rocío Vélez Morales.** Jefa de Servicio Estrategias y Planes de Salud. CSC.



- **Sebastián Tornero Patricio.** Jefe del Servicio de Planificación Operativa. CSC.
- **Soledad Jiménez González.** Jefa de Servicio de Atención Sociosanitaria. DGASSMA. CSC.

OFICINA TÉCNICA - GRUPO MOTOR Y REDACTOR.

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

ASESORÍA METODOLÓGICA - IAAP.

- **Alicia Núñez Castillo.** Oficina Técnica de Evaluación de Políticas Públicas. Instituto de Administración Pública. CJALFP.
- **Emilia Fernández Ruiz.** Oficina Técnica de Evaluación de Políticas Públicas. Instituto de Administración Pública. CJALFP.
- **Mar Herrera Menchén.** Responsable de Área de Evaluación de Políticas Públicas. Instituto de Administración Pública. CJALFP.

COLABORACIONES ESPECIALES

- **Federico Alonso Trujillo.**
- **Francisco Valverde Urbizu.**
- **M Luisa del Moral Leal,** Viceconsejera de Salud y Consumo
- **Lourdes Cía Pedroso,** Coordinadora General de la Viceconsejería
- **Daniel Fito García,** Subdirector de Estrategias y Planes
- **Catalina García Carrasco,** Consejería de Sostenibilidad y Medio Ambiente (anteriormente Consejera de Salud y Consumo)



ANEXO.- CRÉDITOS.

Diagnóstico Definitivo para la elaboración del PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT 2024-2028) - Informe Completo

Edita: Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. SEVILLA (ESPAÑA). 26 de enero de 2024.

Responsable de la edición: Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Redacción, Diseño, Maquetación y Edición Electrónica. Servicio de Atención Temprana. SGHPASSC – CSC.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

© Junta de Andalucía 2024

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a las Consejería de Salud y Consumo, y el título del documento especificado.

Declaración de intereses:

Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.

Citar como: Garrido Sánchez E, Salas Ibaseta M, Fito García D, Bonilla Castro L, Vázquez Ramírez MC, Valverde F, Vázquez Granados J, Alonso-Trujillo F, grupo PIAT. **Diagnóstico Definitivo para la elaboración del PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN TEMPRANA DE ANDALUCÍA (PIAT 2024-2028) - Informe Completo.** Ed. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. SEVILLA - ESPAÑA. 12 de marzo de 2024.

DOI: **pendiente.**

URL PLAN: **Pendiente de crear la página web.**

URL DOC: **Pendiente de crear la página web.**

BOJA Acuerdo de 25 de abril de 2023, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Integral de Atención Temprana de Andalucía 2024-2028 (BOJA N 81 de 2 de mayo de 2023). **URL:** <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2023/81/2>



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

Caminemos juntos por la ATENCIÓN TEMPRANA en ANDALUCÍA.