

ANTECEDENTES A LA

PROPOSICIÓN DE LEY

SOBRE

ATENCIÓN TEMPRANA

I. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPOSICIÓN

Los primeros años de vida en el ser humano son cruciales para un adecuado desarrollo biológico, psicológico y social de la persona. De ahí, que sea de especial importancia un conocimiento exhaustivo sobre esta etapa infantil del desarrollo del ser humano. Sobre todo, cuando existen ciertos indicios que informan de la existencia de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de cualquier otra índole o posible riesgo de padecerlos. De hecho, una atención e intervención precoz mejora, en gran medida, las posibilidades de desarrollo biopsicosocial de estos niños y niñas¹.

La sociedad ha experimentado grandes cambios a todos los niveles, fruto de los esfuerzos de los ciudadanos, de iniciativas públicas y de los avances científicos. En este contexto es necesario que las políticas plasmen en las legislaciones y acciones institucionales el compromiso con aquellos sectores sociales más vulnerables. Entre ellos la infancia por las condiciones y recursos precisos para garantizar su óptimo desarrollo. La intervención en la población infantil susceptible de alguna limitación en su desarrollo va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades.

La atención a la infancia con Trastornos del Desarrollo o en situación de riesgo de padecerlos ha ido mejorando en las últimas décadas y haciéndose más evidente la necesidad de una normativa que la garantice.

¹ ROBLES BELLO, M.A. y SÁNCHEZ-TERUEL, D. *Papeles del psicólogo*, ISSN 0214-7823, Vol. 34, Nº. 2, 2013, págs. 132-143

<p style="text-align: center;">TABLA 1 FACTORES BIOLÓGICOS TEMPRANOS DE RIESGO</p>	
A. RECIÉN NACIDO DE RIESGO NEUROLÓGICO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o edad gestacional < a 32 semanas. (*) ✓ APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos. ✓ RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas. ✓ Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión. ✓ Convulsiones neonatales. ✓ Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal. ✓ Disfunción neurológica persistente (más de siete días). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC. ✓ Malformaciones del Sistema Nervioso Central. ✓ Neuro-Metabopatías. ✓ Cromosopatías y otros síndromes dismórficos. ✓ Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto. ✓ RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia. ✓ Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico. ✓ Siempre que el pediatra lo considere oportuno.
B. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - VISUAL	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilación mecánica prolongada. ✓ Gran prematuridad. ✓ RN con Peso < a 1500 grs. ✓ Hidrocefalia. ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patología craneal detectada por ECO/TAC. ✓ Síndrome malformativo con compromiso visual. ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central. ✓ Asfixia severa.
C. RECIÉN NACIDO DE RIESGO SENSORIAL - AUDITIVO	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión. ✓ Gran prematuridad. ✓ RN con peso < a 1500 grs. ✓ Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central. ✓ Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndromes malformativos con compromiso de la audición. ✓ Antecedentes familiares de hipoacusia. ✓ Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central. ✓ Asfixia severa.
Fuente: GAT (2005; 2011)	

<p style="text-align: center;">TABLA 2 FACTORES DE RIESGO SOCIO-FAMILIAR</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acusada deprivación económica. ✓ Embarazo accidental traumatizante. ✓ Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. ✓ Separación traumatizante en el núcleo familiar. ✓ Padres con bajo CI/Entorno no estimulante. ✓ Enfermedades graves/Exitus. ✓ Alcoholismo/Drogadicción. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prostitución. ✓ Delincuencia/Encarcelamiento. ✓ Madres adolescentes. ✓ Sospecha de malos tratos. ✓ Niños acogidos en hogares infantiles. ✓ Familias que no cumplimentan los controles de salud repetidamente.
Fuente: GAT (2005; 2011)	

La Comunidad Autónoma de Andalucía ha vivido los cambios en la atención a los niños con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos. Desde su inicio en el ámbito de la psiquiatría infantil y la educación especial, su paso al concepto de Estimulación Precoz en Asuntos Sociales, destacando el trabajo pionero del IMSERSO con la creación en 1.981 de los primeros Centros de Estimulación Precoz y posteriormente al concepto de Atención Temprana (AT) actualmente en Salud, se ha ido evolucionando positivamente hasta llegar a considerar que la Atención Temprana requiere un abordaje integral e interprofesional, centrado en el niño o niña, la familia y el entorno.

Debido a la estructura administrativa característica de España la AT provocó que hubiese diferentes servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo. Esta situación evidenció ciertas dificultades como problemas de coordinación entre servicios, dificultad para la continuación de los tratamientos por parte de los usuarios o para la creación de canales de información o el que cada servicio tuviera su propia forma de llevar a cabo sus prácticas terapéuticas. Para organizar las actuaciones desde estas tres áreas era necesario establecer un marco jurídico que organizara y regulara el funcionamiento y desarrollo de la AT desde dichos ámbitos. Las leyes establecidas en

materia de AT son pocas y bastante recientes y se iniciaron con el reconocimiento de los derechos del niño, dando lugar a un nuevo modelo de atención a la infancia².

El Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT) define 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 padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar”.

En este concepto adquiere especial relevancia la atención integral al niño y la niña, siendo imprescindibles las actuaciones hacia la familia y el entorno. El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. La base genética específica de cada persona establece unas capacidades propias de desarrollo. Los factores ambientales van a modular o incluso determinar la posibilidad o no de expresión o latencia de algunas características genéticas. De ahí que la evolución de los niños con Trastornos en su Desarrollo dependa en gran parte de que la detección de los riesgos, el diagnóstico y el tratamiento sean realmente precoces.

La Atención Temprana tiene como base documentos específicos del GAT (Grupo de Atención Temprana y posteriormente Federación Estatal de Asociaciones de AT) publicados por el Real Patronato sobre Discapacidad y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte: el Libro Blanco de la Atención Temprana, las Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana y la Guía de estándares de calidad en Atención Temprana entre otros, publicaciones en las que han participado profesionales de esta Comunidad y que son la referencia para cualquier abordaje de la Atención temprana.

Igualmente es de destacar los avances promovidos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y su publicación de los Procesos Asistenciales Integrados de Atención Temprana, Seguimiento de niños de riesgo Psico-Neuro-sensorial Pre-, Perinatal, Trastornos motores, Trastornos del Espectro Autista, Discapacidad intelectual y Trastornos sensoriales.

La Atención Temprana como una sistemática de actuación en prevención, diagnóstico e intervención para potenciar las capacidades de niños y niñas, apoyar a la familia y facilitar su integración social tiene reconocida eficacia como herramienta de progreso social, lo que explica el gran interés entre los profesionales, las familias y los sectores dedicados a la gestión política o el desarrollo legislativo.

Las Administraciones deben definir sus competencias y responsabilidades en un marco legal y han de lograr un alto grado de eficacia en la calidad de la planificación, racionalidad de la gestión y financiación, siendo permeables a los avances científicos y a las aportaciones de los profesionales y las familias. Los niños con problemas en su desarrollo son sujetos de pleno derecho de nuestra sociedad, amparados legalmente en el Ámbito Internacional y Derecho Comparado, Ámbito Nacional y Ámbito Autonómico.

² *Ibid.* p. 137

Al ser los Trastornos de desarrollo un problema de salud, el seguimiento de niños de riesgo y la Atención/Intervención Temprana como tratamiento de los trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos están ubicados en el ámbito sanitario, en el nivel de Prevención secundaria y terciaria, según el Proceso Asistencial de Atención Temprana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Como otras actuaciones sanitarias situadas en el mismo ámbito y nivel, el Seguimiento de niños de riesgo y la Atención/Intervención Temprana han de estar incluidos en la Cartera de Servicios de Servicio Andaluz de Salud (SAS), garantía de una intervención de calidad, pública, universal y gratuita.

II. ANTECEDENTES NORMATIVOS

ÁMBITO INTERNACIONAL Y DERECHO COMPARADO

Los derechos del niño y de la infancia tienen como base la Declaración de los Derechos del Niño, auspiciada por la ONU en 1959. Desde entonces se ha ido profundizando en cada una de las materias que afectan a la vida y a las garantías de las personas en estas edades tempranas. Así, en la Declaración Mundial sobre la supervivencia, protección y desarrollo del niño, de 1990 se recoge en el punto 11 el deber de prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños impedidos y a aquéllos que estén en circunstancias especialmente difíciles.

Por su parte, en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, se reconoce que los niños son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, siendo de carácter obligatorio para todas las partes firmantes, entre las que se encuentra España, que la ratificó en 1990 (BOE, 31-12-1990). En esta Convención, se establece, en el artículo 6 de la Parte I, que “los Estados parte garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”, y en su artículo 23 detalla:

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
2. (...) reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño, que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado, de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.
3. (...) la asistencia que se preste (...) será gratuita siempre que sea posible, (...), y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Intelectual, de 2006, recoge entre sus principios generales la “no discriminación”, la “accesibilidad”, la “igualdad de oportunidades”, así como el “respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad”. En su artículo 7, abunda:

1. Que los Estados Partes tomarán las medidas necesarias para asegurar que todos los niños con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones que los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños con discapacidad una consideración primordial será la protección del interés superior del menor.
3. Los Estados partes garantizarán que reciban la asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad.

En el artículo 25 determina proporcionar a las personas con discapacidad los servicios de salud que necesiten específicamente como consecuencia de su discapacidad, primando el criterio de cercanía, con inclusión de las zonas rurales y, por último, en el

artículo 26 dispone que los Estados parte adopten las medidas necesarias para que los programas de habilitación y rehabilitación comiencen a la edad más temprana posible.

En el ámbito europeo, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reza, en su artículo 26, que la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su integración social. Así, en la Estrategia Europea sobre Discapacidad (2010-2020), se recoge, en su artículo 7, que las personas con discapacidad deben tener la posibilidad de acceso a la asistencia de carácter preventivo, así como a beneficiarse de unos servicios sanitarios y de rehabilitación específicos que sean asequibles y de calidad.

ÁMBITO NACIONAL

A nivel nacional, España también cuenta con su propia regulación legal sobre la AT a la infancia, aunque estas leyes aún son escasas y de reciente creación (Quirós, 2009). Sin embargo, cada día crece más la investigación sobre este aspecto y se va desarrollando poco a poco una regulación estatal que abarque la diversidad territorial y legislativa característica de nuestro país.

Partimos de la Constitución Española y su artículo 9.2, donde se exhorta a los Poderes Públicos a “promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. En su artículo 27 se reconoce el derecho a una educación que tenga por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana. En el 39 contiene las directrices básicas acerca de la protección social e integral de los hijos, incluyendo la de los acuerdos internacionales que velen por sus derechos. Por último, el artículo 49 habla de la política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran.

Entre las normas con rango de ley, la Ley 131/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI) es una piedra angular en nuestro ordenamiento. Esta norma cuenta con una serie de principios generales (Artículo 1 y artículo 3.1) que se fundamentan en el artículo 49 y en el artículo primero de la Constitución Española para reafirmar la dignidad y el derecho a que los discapacitados reciban todos los recursos posibles para atender sus necesidades. Ya en esta Ley se hace una mención expresa a la prevención, concretamente en su artículo 8, donde se especifica el derecho de prevención de las minusvalías como obligaciones prioritarias del Estado, tanto en la Salud Pública, como de los Servicios Sociales, materializándolo en un mandato sobre la necesidad de legislar en esta materia, en su artículo 9.1, en la creación de un Plan Nacional (9.2) y en un listado de los servicios más importantes (9.3).

Por otro lado, nos encontramos la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (LGS) que, en su Título Primero: Del sistema de salud, contiene los Principios Generales (Artículos 3.1, 6 y 6.3) donde se describen el tipo de actuaciones que son competencia de

las Administraciones Públicas Sanitarias, garantizando el que las acciones sanitarias vayan dirigidas tanto a la prevención de enfermedades como a la promoción de la salud. Por otro lado, en el Capítulo II de las Actuaciones Sanitarias del sistema de salud, el artículo 18 de las Administraciones Públicas muestra que se desarrollarán programas de atención, protección y prevención a población de riesgo, factores de riesgo y deficiencias, respectivamente. Por último, en su Capítulo II, de la Salud Mental, concretamente en el artículo 20, habla de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas. En este punto se pueden destacar tres principios relevantes (artículos 20.4, 26.1 y 55.2a), en los cuales se marcan aspectos de prevención primaria y atención a problemas psicosociales de los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica, de forma coordinada con los Servicios Sociales; medidas preventivas ante situaciones de riesgo eminente y, por último, se describen de modo generalizado el tipo de actividades a desarrollar por parte de las Áreas de Salud en el ámbito de la atención primaria.

En el ámbito comunitario, encontramos una pluralidad de normas que, por el momento están poco conectadas y homogeneizadas entre sí, hasta tal punto que divergen, por ejemplo, en los rangos de edad sobre los que se planifica la intervención pública en la Atención Temprana ³. A continuación se adjunta una tabla donde se recoge, de modo abreviado, la normativa estatal y la autonómica que contiene, con más o menos profundidad, disposiciones asociadas a aspectos de coordinación, prevención y reglamentación, en general, de la Atención Temprana.

³ 0-6 en Aragón, Asturias, Castilla-León, Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia, La Rioja. 0-3 en Cantabria, País Vasco, Comunidad Valenciana. Soluciones intermedias (0-3 o 0-4 ampliable a 6 años) en Andalucía y Galicia.

Ámbito estatal			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constitución Española de 1978. ✓ Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-1982) ✓ Real Decreto 383/1984, de 1 de Febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-1984) ✓ Ley 39/1999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. (BOE 6-11-1999) 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-2000) ✓ Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE 3-12-2003) 	
Ámbito de las Comunidades Autónomas			
Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Andalucía	Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. (BOJA 12-5-98)	Ley 2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía. (BOJA 12-4-88) Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. (BOJA 17-04-99)	Ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA 10-05-86) Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía. (BOJA 4-7-98)
Aragón	Ley 12/2001, de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. (BOA 20-07-01)	Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de la acción social. (BOA 30-3-87)	Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA 28-4-89) Ley 8/1999, de 9 de abril, de reforma de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud. (BOA 17-4-99) Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. (BOA 19/04/2002)
Principado de Asturias	Ley 1/1995, de 27 de enero, de protección del menor. (BOPA 9-2-95)	Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. (BOPA 8-3-03)	Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. (BOPA 13-7-92)
Comunidad de las Illes Balears	Ley 7/1995, de 21 de marzo, de guarda y protección de los menores desamparados. (BOCAIB 8-4-95)	Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social. (BOCAIB 28-4-87)	Ley 4/1992, de 15 de julio, del Servicio Balear de Salud. (BOCAIB 15-8-92) Ley 5/2003 de 4 de Abril, de Salud des Illes Balears. (BOCAIB 8-5-03)
Canarias	Ley 1/1997, de 7 de febrero, de atención integral a los menores. (BOC 17-2-97)	Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales. (B.O.C. 4-5-87)	Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. (5-8-94)
Cantabria	Ley 7 1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y Adolescencia. (BOCA 6-5-99)	Ley 5/1992, de 27 de mayo, de Acción Social. (BOCA 5-6-92) Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de Protección a las Personas Dependientes. (BOC 28-11-01)	Ley de Cantabria 7/2002, De 10 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. (BOCA 18-12-02)
Castilla y León	Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. (BOCYL 7-8-02)	Ley 18/1988, de 28 de Diciembre de Acción Social y Servicios Sociales. BOCYL (9-1-89)	Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. (BOCYL 27-4-93) Ley 8/2003, de 8 de abril, de las Cortes de Castilla y León, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
Castilla La Mancha	Ley 3/1999, de 31 de marzo, del menor. (D.O.C.M. 16 -4-99)	Ley 3/1986 de 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. (DOCM 20-5-1986) Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. (DOCM 25-11-1994) Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha. (DOCM 21-4-1995)	Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. (BOCM 19-12-2000)

En Andalucía partimos del artículo 22 del Estatuto de Autonomía, que establece un sistema sanitario público de carácter universal. La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, recoge en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y la obligación de los Poderes Públicos de organizar y tutelar la Salud Pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En materia de AT no existe legislación específica y sigue vigente la Ley 1/1999, 31 de Marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad, que transfiere las competencias sobre AT a la Consejería de Salud (GAT, 2011) y recoge disposiciones que se refieren a garantizar la atención infantil temprana en el ámbito de la prevención (artículo 11.2). También existe un decreto, 167/2003, de 17 de junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas. Este decreto regula la coordinación entre Consejerías de Salud/Educación/Igualdad de la Junta de Andalucía (GAT, 2011).

Respecto al ámbito educativo y del menor, tenemos la Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la atención al menor, así como la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía.

Por último, encontramos en las Instrucciones de 22 de junio de 2015, de la Dirección General de Participación y Equidad, el establecimiento de un protocolo de detección e identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, así como de la organización de la respuesta educativa.

Comunidad Autónoma	Infancia	Servicios Sociales o Igualdad y Bienestar Social	Salud
Cataluña	Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción. (DOGC 2-8-95) Ley 18/2003, de 4 de julio, de Apoyo a las Familias. (DOGC 16-07-03)	Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la fusión de las Leyes 12/1983, de 14 de julio, 26/1985 de 27 de diciembre y 4/1994, de 20 de abril, en materia de asistencia y servicios sociales. (DOGC 13-1-95)	Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria en Cataluña (DOGC 30-7-90). Modificada por Ley 11/1995, de 29 de septiembre. (DOGC 18- 10- 95) Ley 7/2003, de 25 de abril, de protección de la salud. (DOGC 8-05-03)
Extremadura	Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores. (DOE 24-11-94)	LEY 5/87, de 23 de abril, de Servicios Sociales. (D.O.E. 12-5-87)	Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud, de Extremadura. (DOE 3-7-01)
Galicia	Ley 3/1997, de 9 de junio, de la familia, la infancia y la adolescencia. (DOG 20-6-97)	Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales. (DOG 23-4-93)	
Comunidad de Madrid	Ley 6/1995, de 28 de marzo, de garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia. (BOCM 7-4-95)	Ley 11/1984, de 6 de Junio, de Servicios Sociales. (BOCM 23-6-84) LEY 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (BOCM 14-4-03)	Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad De Madrid. (BOCM. 26-12-2001)
Murcia	Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia. (BORM 12-4-95)	Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM 2-5-03)	
Navarra		Ley Foral 14/1983 de 30 de marzo de Servicios Sociales. (BON 8-4-1983)	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud. Ley Foral 5/2002, de 21 de marzo, de modificación de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de salud.
Comunidad Autónoma del País Vasco		Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales. (B.O.P.V.12-11- 96) Ley 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social. (BOPV 8-6-98)	Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria en Euskadi. (BOPV 21-7-1997)
La Rioja	Ley 4/1.998 de 18 de marzo, del Menor. (BOR 24 3-98)	Ley 1/2002, de 1 de marzo, de Servicios Sociales. (BOR 7-3-02)	Ley 4/1991, de 25 de marzo, de creación del Servicio Riojano de Salud. (BOLR 18-4-91) Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud de La Rioja. (BOLR 3-5-02)
Comunidad Valenciana	Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la infancia. (DOGV 16-12-94)	Ley 5/1989, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V. 12-6-89) Ley 5/1997, de 25 de junio por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. (D.O.G.V. 4-7-97) Ley 11/2003, de 10 de Abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad. (D.O.G.V. 11-04-03)	Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. (DOGV 14-2-03)

Fuente: GAT (2005; 2011)

III. INNOVACIONES QUE INTRODUCE LA PROPOSICIÓN

A lo largo de estos Antecedentes normativos se ha hecho hincapié en la necesidad de profundizar en la regulación de la Atención Temprana como una materia específica y transversal, que atraviesa ámbitos tan diversos como la sanidad y la educación, dando un especial énfasis al factor preventivo, algo que, si bien se recoge en los diferentes textos legales enumerados, adolece del desarrollo normativo necesario para materializarse realmente.

El objetivo y la principal innovación que introduce esta Proposición es, precisamente, establecer sistemáticamente, a través de una Ley, tanto los aspectos descriptivos y definitorios de lo que debería ser la intervención pública en la AT, así como los relativos a procedimientos, métodos o recursos para llevarla a cabo.

Así, en la primera parte encontramos definiciones de concepto esenciales dentro del ámbito de la AT (art. 2), así como un esbozo de la delimitación de competencias y responsabilidades (art. 8) dentro de la creación de una Red integral de responsabilidad pública, con carácter gratuito y universal. (art. 1). A quiénes va destinada esta política pública (art. 3) y sus principios rectores (art. 4) son otros de los elementos definitorios que resuelve la primera parte de la Proposición.

Entrando en una dimensión más procedimental, se describen de manera general las actuaciones relacionadas con la intervención pública (art. 6) y en qué consiste la intervención en sí (arts. 7-8). Se incide en la importancia del seguimiento de los destinatarios (arts. 9-10), se describen las funciones de los Centros especializados (art. 12) así como protocolos importantes de acción (altas, art. 15, y derivación, art. 14).

Al ser una materia transversal a diferentes áreas, es necesario pormenorizar los aspectos relativos a la coordinación (art. 16) de los diferentes organismos implicados (arts. 17 y 18).

En su conjunto, esta Proposición pretende rellenar el vacío normativo o la descoordinación entre normas que, de alguna manera, inciden en la intervención pública sobre la Atención Temprana, ampliando su rango a un necesario plan preventivo, como primer paso y reduciendo los problemas de su interdisciplinariedad a través de mejoras metodológicas y funcionales de la coordinación de organismos y recursos públicos.

IV. MEMORIA ECONÓMICA

Partiendo del coste/hora de atención, se ha realizado una estimación del número de profesionales necesarios para abarcar a la población en riesgo en Andalucía, resultando un coste total anual de 107,293.095 euros.

ANEXO I: CÁLCULO DEL COSTE HORA

Supuestos de partida

1.- Partimos de la Tabla Salarial para los Centros de Atención Especializada del Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, publicado en el BOE de 9 de octubre de 2012 y cuyas tablas han sido actualizadas para los años 2015 y 2016 en el BOE de 14 de octubre de 2015.

2.- Las categorías que intervienen en el proceso de Atención Temprana son las de Psicóloga, Logopeda y Fisioterapeuta. La intervención en mayor o menor medida de cada una de estas especialidades, dependerá del diagnóstico del niño, y dado que sus costes son distintos, es necesario establecer una media de la frecuencia de su intervención en el proceso, para así poder calcular un coste único hora. Para ello estimamos que la psicóloga y la logopeda tienen un peso del 40% cada una y la fisioterapeuta del 20% restante, y en base a ello calcularemos el precio hora mediante una media ponderada de sus salarios individuales.

3.- Dada la diversidad de modalidades y estructuras de los que intervienen en la actualidad, resulta imposible llegar a un precio hora real que fuera uniforme para todos los CAIT, pues sería necesario un proceso de cálculo para cada uno de ellos, cosa inviable en la actualidad. Por ello, tenemos que hacer un cálculo uniforme estimado y para ello hemos tomado como hipótesis de cálculo una regla “no escrita” llamada “la regla de los dos tercios en los costes de personal” y que llega a la conclusión (bastante aproximada) de que el coste de un trabajador es su salario bruto incrementado en un 66%.

4.- Dado que un componente del salario de un trabajador es el concepto de antigüedad, (concepto que quedó congelado en 2102 y sustituido por el actual de “complemento de desarrollo profesional”, hemos tomado como 1ª hipótesis la de un profesional que trae incorporado en su nómina una antigüedad de 2 trienios, y a partir del 2015 el complemento de desarrollo profesional correspondiente. En una 2ª hipótesis lo calculamos sin antigüedad alguna. En ambos casos damos por supuesto que el contrato del trabajador es fijo. (En caso de contratos variaría el importe de la S.S.).

5.- La jornada laboral es de 7,6 horas/ día.

Para el año 2016, existen 222 días “hábiles” resultantes de restar al total año, el mes de agosto (que consideramos inhábil por vacaciones), los sábados, domingos y fiestas nacionales y locales, así como tres días de permiso adicional que tienen por convenio.

A estos días habría que restarles por ser improductivos a efectos lectivos, 3 días de Semana Santa así como 8 días en Navidad, quedando un total de días efectivos de 211 días a razón de 7,6 horas diarias dan un total de 1604 horas año. La jornada de verano (23-6 al 12-9), dada nuestra climatología, se reducirá a efectos de clases efectivas a 5 horas diarias, por lo que habría que restar al cálculo anterior 88,4 h. (34 x 2,6) quedando una jornada efectiva de 1516 horas.

Dada la singularidad del proceso, así como la atención que se requiere, resulta a todas luces imposible que el profesional pueda desarrollar toda su jornada dando atención a los diferentes niños de forma totalmente ininterrumpida, por lo que consideremos que su jornada efectiva a efectos de cálculo para el proceso de AT es del 80%, de esta forma resulta como elemento final del cálculo la cantidad de 1.213 horas lectivas, incluyendo en estas la atención a familias y otros conceptos facturables.

ANEXO II: COSTE PERSONAL FIJO (DIRECTO) AÑO 2016 SUPUESTO CON 6 AÑOS DE ANTIGÜEDAD

CATEGORÍAS	SUELDO BASE	COMP. ANTIGÜEDAD	COMP. DES. PROFES.	TOTAL S. BRUTO	OTROS GASTOS (66%)	COSTE TOTAL	COSTE HORA	PONDERACIÓN	
PSICOLOGA	23.448,00	1.723,00	868,00	26.039,00	17.186,00	43.225,00	35,63	40%	14,25
LOGOPEDA	17.270,00	1.241,00	639,00	19.150,00	12.639,00	31.789,00	26,20	40%	10,48
FISIOTERAPEUTA	17.270,00	1.241,00	639,00	19.150,00	12.639,00	31.789,00	26,20	20%	5,24
COSTE MEDIO HORA									29,97

COSTE PERSONAL (SIN ANTIGÜEDAD) AÑO 2016

CATEGORÍAS	SUELDO BASE	COMP. ANTIGÜEDAD	COMP. DES. PROFES.	TOTAL S. BRUTO	OTROS GASTOS	COSTE TOTAL	COSTE HORA	PONDERACIÓN	
PSICOLOGA	23.448,00	0,00	868,00	24.316,00	16.049,00	40.365,00	33,28	40%	13,31
LOGOPEDA	17.270,00	0,00	639,00	17.909,00	11.820,00	29.729,00	24,51	40%	9,80
FISIOTERAPEUTA	17.270,00	0,00	639,00	17.909,00	11.820,00	29.729,00	24,51	20%	4,90
COSTE MEDIO HORA									28,01

CALCULADO EN BASE A 1213 HORAS EFECTIVAS.

ANEXO III: CÁLCULO INDIVIDUAL Y CÁLCULO DE POBLACIÓN

CÁLCULO INDIVIDUAL												
Grupo	% esperado	Población Esperada	Semanas Mes	UMAT SEMANA			UMAT MES			UMAT AÑO		
				Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno	Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno	Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno
Grupo A	4%	750	4,34	0,50	0,23	0,04	2,17	1,00	0,17	26	12	2
Grupo B	30%	5.625	4,34	2,00	0,23	0,08	8,68	1,00	0,33	104	12	4
Grupo C	27%	5.063	4,34	2,25	0,23	0,08	9,77	1,00	0,33	117	12	4
Grupo D	34%	6.375	4,34	2,50	0,23	0,08	10,85	1,00	0,33	130	12	4
Grupo E	5%	938	4,34	3,00	0,46	0,04	13,02	2,00	0,17	156	24	2
100%		18.751										
		Medias por concepto		2,23	0,24	0,07	9,67	1,05	0,32	116,01	12,58	3,78
		Medias acumuladas		2,54			11,03			132,37		
Población de riesgo		8.267		2,54			11,03			132,37	30 €	132 €
		Coste medio		76 €			331 €			3.971 €		
CÁLCULO POBLACION												
Grupo	% esperado	Población Esperada	Semanas Mes	UMAT SEMANA			UMAT MES			UMAT AÑO		
				Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno	Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno	Atención Directa	Atención Familia	Atención Entorno
Grupo A	4%	750	4,34	375	173	29	1.628	749	127	19.530	8.984	1.523
Grupo B	30%	5.625	4,34	11.250	1.294	428	48.825	5.615	1.855	585.900	67.379	22.264
Grupo C	27%	5.063	4,34	11.392	1.164	385	49.440	5.054	1.670	593.282	60.647	20.040
Grupo D	34%	6.375	4,34	15.938	1.466	485	69.169	6.364	2.105	830.025	76.362	25.233
Grupo E	5%	938	4,34	2.814	431	37	12.213	1.873	159	146.553	22.471	1.905
100%		18.751										
		Medias por concepto		41.768	4.528	1.363	181.274	19.654	5.914	2.175.290	235.843	70.965
		Medias acumuladas		47.659			206.842			2.482.098		
Población de riesgo		8.267		21.013			91.195			1.094.338	30 €	1.094.338 €
		Coste medio		1.429.780 €			6.205.246 €			74.462.953 €		107.293.095 €