

Atención Temprana y Dependencia

Estudio preliminar



Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la
Atención Temprana – GAT

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana
Asociación Galega de Atención Temprana
2012

Redacción: Jaime Ponte, Presidente AGAT

Coordinación Encuestas: Yolanda Sánchez, Presidenta AITE

Nombre del Proyecto.

Atención Temprana y dependencia.

Datos de la entidad.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana- GAT.

Asociación Galega de Atención Temperá – AGAT.

Estado actual del tema.

Desde la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana (Real Patronato sobre Discapacidad, 2000) la mayoría de las Comunidades Autónomas han establecido normas reguladoras de la Atención Temprana en el ámbito de su competencia.

La ley 39/2006 de autonomía personal y atención a la dependencia estableció en su disposición adicional decimotercera que en el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar Atención Temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

Por resolución de 28 de Octubre de 2010 del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero la Atención Temprana se configura dentro del SAAD como una prestación asistencial dentro de la tipología de los servicios de promoción de la autonomía personal para las personas de 0 a 6 años reconocidas en situación de dependencia con el Grado I y, posteriormente, se regula su ámbito y contenidos.

Relevancia social y beneficiarios.

La Ley 39/2006, y los acuerdos subsiguientes del Consejo Interterritorial del SAAD han reconocido la Atención Temprana como una prestación asistencial básica en el Estado, en el marco de la citada LAAD.

La regulación de un sistema de Atención Temprana en el conjunto del Estado es una aspiración manifestada desde hace años por las asociaciones profesionales del sector y por las entidades representativas de las personas con discapacidad.

En el momento que se inicia este proceso regulador interesa conocer el alcance de las actuales medidas protectoras que define la LAAD en relación con el ámbito más general de la Atención Temprana.

Objetivos.

Investigar la tipología diagnóstica y características de la población de menores de 6 años en situación de dependencia conforme a la escala de baremación EVE (0-3) o BVD (3-6) que recibe Atención Temprana.

Metodología/Plan de trabajo.

Estudio sobre "Atención Temprana y Dependencia".

Fases:

- Establecer las bases metodológicas para la realización de la investigación.
- Revisar los antecedentes jurídicos sobre Atención Temprana con especial atención a la normativa aprobada por las CC.AA. con posterioridad a la publicación de la Ley 39/2006.
- Realizar un estudio piloto preliminar del alcance, en cuanto a población y tipología, de los niños de Atención Temprana en situación de dependencia mediante aplicación de los Baremos EVE y BVD para niños de 0-3 y 3 a 6 años.
- Definir los soportes de referencia para la proyección estatal.
- Recogida de la información y control de calidad.
- Explotación estadística y conclusiones.

ÍNDICE

1. Introducción.....	11
2. El desarrollo normativo.....	17
3. Material y método.....	25
a. Cuestionario sobre Atención Temprana y Dependencia.....	25
b. Estudio piloto preliminar sobre la aplicación de los baremos.....	26
4. Resultados.....	33
5. Discusión.....	51
6. Conclusiones.....	56
7. ANEXO I. Cuestionario sobre Atención Temprana y Dependencia.....	59
8. ANEXO II. Tablas y gráficos.....	61

AGRADECIMIENTOS:

A las asociaciones de profesionales de la Atención Temprana que han colaborado en este estudio:

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Illes Balears
- Castilla y León
- Cataluña
- Comunidad Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid
- Navarra

A los representantes de las asociaciones y cargos institucionales que han colaborado en las encuestas sobre Atención Temprana y Dependencia:

- Reyes Pérez Rico, Jefa de Servicio de Servicio Personal y Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León
- Fátima Pegenaute, Psicóloga, miembro de la ACAP
- Montserrat García Cedrón, Coordinadora de la Unidad de Atención a la Dependencia, Consellería de Trabajo e Benestar, Xunta de Galicia

- Bernat Calafat i Vich, Director del Centre Base i de la Unitat de diagnòstic i desenvolupament infantil i de la Xarxa de Serveis de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca de les Illes Balears, Govern de Illes Balears
- M^a Pilar Lázaro Estrada, Jefa de Servicio de Valoración y Ordenación de la Dirección General de Personas con Discapacidad y Dependencia, Generalitat Valenciana
- Cecilio Leonés García, Jefe de Sección de Dependencia II, Junta de Extremadura
- María Teresa Esteban Mateo, Directora del Centro de Valoración de la Discapacidad y Dependencia, Gobierno de La Rioja
- Laura Escribano Burgos, Presidenta Gatma, Madrid
- Belén Compains, Presidenta Asociación de Profesionales de Navarra
- Francisco Eguinoa Zaborras, Jefe de Sección de Atención Temprana, Diputación General de Aragón
- Juan A. Fernández Freijoó, Presidente De Asturat
- Adelaida Echevarria Saiz, Coordinadora Atención Temprana, Gobierno de Cantabria
- Antonio Pons Tubío, Coordinador Atención Temprana Andalucía

A los profesionales de las Unidades de Desenvolvimento Infantil e Apoio Familiar del Deza y del Salnés:

- Marián Esparís, Terapeuta Desenvolvimento Infantil e Atención Temperá
- Maia García, Coordinadora UDIAF Deza, Psicóloga
- Gema Martínez, Coordinadora UDIAF Salnés, Psicóloga
- Montse Meis, Terapeuta Desenvolvimento Infantil e Atención Temperá
- Carmen Piñeiro, Logopeda
- Genma Rodríguez, Terapeuta Desenvolvimento Infantil e Atención Temperá
- Mónica Romero, Logopeda

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006, de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia¹ (en adelante LAAD) tiene por objeto (art. 1) “regular 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*, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

Siendo el objetivo central de la Atención Temprana “*posibilitar de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal*” (Libro Blanco, 2000²) desde el inicio del proceso de elaboración de la ley 39/2006, se planteó la conveniencia de que la Atención Temprana debería figurar de una u otra manera entre las prestaciones y servicios derivados de la Ley.

De hecho, gran parte de los principios de la Ley 39/2006 son coincidentes con los que definen la prestación de Atención Temprana según establecen sus documentos fundamentales³:

- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.

¹ Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (BOE 15-12-2006)

² Libro Blanco de la Atención Temprana (Real Patronato sobre Discapacidad, 2000)

³ Ibidem

- e) La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- f) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- g) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- h) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- i) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- j) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- k) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.

No es de extrañar en este sentido que, finalmente, la Ley 39/2006 realizase una referencia específica a los menores de 3 años (Artículo 5 b.) y que en su disposición adicional decimotercera estableciese la previsión de que el Consejo Territorial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) promoviera *un plan integral de atención al colectivo de menores de tres años, para facilitar atención temprana y rehabilitación*.

Como es sabido, la Ley 39/2006 se refiere básicamente a promover servicios sociales, tal y como establece en su preámbulo:

"dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantista y plenamente universales..."

Y, con este fin, el Catálogo de Servicios establecido por la LAAD (art. 15) comprende los siguientes servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- Servicio de centro de día y de noche:
 - Centro de día para mayores.
 - Centro de día para menores de 65 años.
 - Centro de día de atención especializada.
 - Centro de noche.
- Servicio de atención residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Si bien, en un primer momento, la Ley no hacía, por lo tanto, una referencia expresa a la Atención Temprana, esta concreción llegó de la mano del Acuerdo del Consejo del SAAD de 28 de Octubre de 2010 (BOE 18-02-2011) que estableció que la Atención Temprana es una prestación asistencial del SAAD incluida cómo servicio de promoción de la autonomía personal para los menores dependientes de grado I, nivel 2 y 1 con una intensidad mínima de 6 horas mensuales y efectos desde inicios de 2011 y 2012 respectivamente, *sin perjuicio de que las autonomías puedan establecer mayores intensidades de los servicios y programas, acciones complementarias, asesoramiento o acompañamiento activo, asistencia en formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones para facilitar la realización de las*

actividades de la vida cotidiana. Si bien la entrada en vigor de esta norma ha quedado aplazada ⁴ con motivo de las modificaciones introducidas en la aplicación de la Ley de Dependencia por causa de la situación económica. Y sólo aquellas personas en situación de dependencia anterior al 1/01/2012 valorados en dependencia moderada tendrían acceso al catálogo de prestaciones, las valoradas posteriormente no lo tendrán antes del 2013.

La presencia de la Atención Temprana en el desarrollo de la Ley 39/2006 se complementa con el acuerdo de de 26 de enero de 2011 en el cual:

- Se define la Atención Temprana como el *"conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Dichas actuaciones, que deben considerar la globalidad del niño o de la niña, han de ser programadas y ejecutadas por equipos multiprofesionales"*
- Se establece que sus beneficiarios *serán "Los niños y niñas de 0 a 6 años a los que se detecte algún tipo de limitación en la actividad, discapacidad, trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlos, sin perjuicio de que la faceta preventiva deba extenderse también a todo el ámbito familiar así como a su entorno próximo cuando se considere procedente"*.
- Se perfila el contenido de los servicios y sus actuaciones:
 - Se establecerán programas de Atención Temprana orientados a la prevención, a la consecución del nivel óptimo del desarrollo evolutivo del niño y de la niña, y a la reducción de las consecuencias negativas de las discapacidades, alteraciones y trastornos del desarrollo. Las estrategias

⁴ Este decreto quedó derogado en el BOE (31/11/2011) en la que se establecía la prórroga para el grado 1 nivel 2 al 2013 y grado 1 nivel 1 al 2014.

de Atención Temprana se realizarán, preferentemente, en el entorno normalizado en que se desenvuelve la vida del niño o de la niña.

- La faceta preventiva debe extenderse también al ámbito familiar, así como a su entorno próximo cuando se considere procedente, considerando a una y a otro como parte del programa de intervención.

- Las técnicas y programas estarán destinados a:
 - Desarrollo psicomotor.
 - Desarrollo cognitivo.
 - Desarrollo del lenguaje y la comunicación.
 - Desarrollo de la autonomía.
 - Desarrollo del área social y afectiva.
 - Apoyo, información, habilitación y formación de la familia.

- Se insta a que los reseñados servicios de promoción de la autonomía personal se presten en los diferentes dispositivos que configuran la actual red de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma.

De esta manera el Decreto 175/211 de 11 de febrero establece la Atención Temprana como *prestación asistencial para personas en situación de dependencia moderada niveles 2 y 1*, regulando las siguientes intensidades:

Grado I. Dependencia moderada	Horas mínimas de atención
Niveles 2 y 1.	Un mínimo de 6 horas mensuales.

Sin perjuicio de las horas adicionales que puedan establecerse por las comunidades autónomas.

2. EL DESARROLLO NORMATIVO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DESPUÉS DE LA LEY 39/2006

Normativas

Han sido ya varias las Comunidades Autónomas que han legislado sobre Atención Temprana desde la publicación de la Ley 39/2006.

- La Comunidad Autónoma de Cantabria en la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Artículo 27-13
- La Comunidad Foral de Navarra mediante Orden Foral 317/2009, de 16 de octubre, de la Consejería de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el servicio de Atención Temprana. Artículo 2
- La Comunidad Autónoma de Illes Balears en el Decreto 85/2010, de 25 de junio por lo que se regula la red pública y concertada de Atención Temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Islas Baleares. Artículo 2.
- La Comunidad Autónoma de Castilla y León mediante el Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León. Artículo 3
- La Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha por Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha. Artículo 37.
- La Comunidad Autónoma de La Rioja a través del Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en atención temprana en La Rioja (BOR nº 13, de 28 de enero de 2011).
- La Comunidad Autónoma de Aragón a través del Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA 30/6/2011

Cantabria

La mención a la Atención Temprana como prestación de la Cartera de Servicios Sociales se recoge en el artículo 27.13 de la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales:

“Servicio de Atención Temprana. Servicio destinado a la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los trastornos del desarrollo que puedan afectar a personas con la finalidad de promover un desarrollo armónico y de evitar cualquier menoscabo de la autonomía personal. El servicio será garantizado, gratuito y prestado por el Servicio Cántabro de Salud”. Los destinatarios son los niños de 0 a 42 meses o mayores de esta edad si no están escolarizados. En Cantabria existe un centro coordinador de Atención Temprana y cuatro centros descentralizados ubicados en centros de salud de la Comunidad Autónoma y dependientes del Servicio Cántabro de Salud

Navarra

En Navarra la Atención Temprana (Orden Foral 317/2009) implica la “intervención individualizada y/o grupal de carácter preventivo, terapéutico, habilitador y rehabilitador, global e interdisciplinar, orientada tanto al niño o a la niña como a su entorno familiar y social, integrando y coordinando actuaciones de los sectores implicados (Salud, Educación, Servicios Sociales) y la creación de recursos específicos para el desarrollo de la atención integral. Su finalidad es “favorecer el óptimo desarrollo de la población infantil con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, pretendiendo limitar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, facilitando en su mayor grado las opciones de integración familiar y social y la calidad de vida de los niños y las niñas y de sus familias. Y las actuaciones “se dirigirán a los niños y las niñas entre 0 y 3 años, con residencia habitual en Navarra”, siendo el servicio de Atención Temprana (art. 4) un servicio de responsabilidad pública y un derecho subjetivo, universal y gratuito. En cuanto al procedimiento de acceso se realiza a través de la Unidad de Valoración del Centro de Atención Temprana (art. 14) un equipo de carácter

interprofesional que deberá, al menos, contar con profesionales con los siguientes perfiles: psicólogo, pedagogo, médico rehabilitador y trabajador social que cuenten con formación específica en Atención Temprana. La Unidad de Valoración reconoce el derecho, establece los programas de intervención que realizarán las Unidades de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (UDIAT), dispositivos sectorizados y distribuidos geográficamente según la zonificación de los Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra, siendo gestionados a través de los correspondientes contratos de asistencia que formalice la Agencia Navarra para la Dependencia.

Illes Balears

Según el Decreto 85/2010, de 25 de junio por el cual se regula la red pública y concertada de Atención Temprana en el ámbito de los Servicios Sociales de las Illes Balears en su preámbulo considera que los servicios de Atención Temprana se dirigen a toda la población infantil que presenta trastornos en el desarrollo o que está en riesgo de padecerlos, con independencia de cuál sea la causa, lo que precisa en el artículo 3: "Tendrán derecho a los servicios que regula este Decreto los niños y las niñas de cero a seis años con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlos, con atención prioritaria a los más afectados y a los de menor edad en un mismo nivel de afectación. Y que se trata de una prestación gratuita ya que no estarán sujetos a contraprestación económica por los usuarios (artículo 2). En el artículo 10 se establece el procedimiento de acceso de oficio o a instancia de parte a través de la Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (UDIAP), una unidad interdisciplinaria con profesionales de la Neuropediatría, Rehabilitación, Psicología, Trabajo Social y Logopedia que centralizará la valoración de las solicitudes y proporcionará el soporte técnico para la resolución de alta o baja en los servicios según dictamen de la Dirección General de Dependencia.

La Rioja

En la Rioja el Decreto 3/2011, de 19 de enero, regulador de la intervención integral en Atención Temprana en La Rioja (BOR nº 13, de 28 de enero de 2011) establece el marco para la actuación de los distintos recursos. Según este decreto

la Atención Temprana es “es una atención individualizada de carácter preventivo, asistencial, habilitador, orientada tanto a la población infantil, como a su entorno familiar y social; mediante una intervención planificada por un equipo interdisciplinar de profesionales y coordinada con otros recursos de atención”. Su finalidad “es conseguir todas las posibilidades en el desarrollo armónico del menor integrado en su entorno, y lograr el máximo de autonomía posible. Y la población destinataria será la población infantil de 0 a 6 años en situación de dependencia o con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos y sus familias, que residan en la Comunidad Autónoma La Rioja.

La normativa riojana establece que la Atención Temprana es una prestación de derecho subjetivo, universal y gratuita, para quienes reúnan los requisitos, definiendo un procedimiento muy reglado para su concesión a través de la Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana – UDIAT que elaborará un Plan Individualizado de Atención Temprana y, cuando proceda, un PIA en caso de reconocimiento de la situación de dependencia.

Castilla y León

En Castilla y León la normativa actual (Decreto 53/2010, de 2 de Diciembre de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León) mantiene la definición del Libro Blanco y los principios de universalidad, igualdad, responsabilidad pública, gratuidad, coordinación, atención integral, participación y proximidad como marco general para las actuaciones de todos los recursos de sanidad, educación o servicios sociales. Siendo beneficiarios los niños de 0 a 6 años residentes en la Comunidad de Castilla y León con discapacidad o riesgo de padecerla. El Decreto fija como objetivos la prevención y la asistencia dirigidas a potenciar el desarrollo y bienestar, facilitar la integración familiar, escolar y social y la autonomía personal. En Castilla y León la ordenación administrativa otorga a la Consejería de Servicios Sociales (a través de los Centros Base) la responsabilidad de las actuaciones con referencia a los niños de primer ciclo de educación infantil y a los de segundo ciclo pero en este caso solo cuando no estén escolarizados. Mientras que atribuye a la Consejería de Educación (y sus Equipos de Orientación

Educativa de las Direcciones Provinciales) la atención de los niños de segundo ciclo escolarizados. Ambas instancias tienen la responsabilidad, en su esfera de competencias, de la evaluación, diagnóstico, atención, orientación, coordinación y seguimiento de los beneficiarios mediante modalidades de "atención directa" "atención indirecta", "atención a la familia" o "atención a la transición a la escuela", elaborando un Plan Individual de Intervención. El decreto no establece una conexión explícita con la atención a la dependencia que se establece a través de la Resolución de 9 de junio de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal.

Castilla La Mancha

La Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha en el artículo 37 sobre prestaciones técnicas de Servicios Sociales de Atención Especializada se refiere a la "Valoración y Atención Temprana" como aquella que "engloba el conjunto de actuaciones dirigidas a los niños y niñas hasta los seis años de edad, a sus familias y al entorno, cuando desde el nacimiento o a lo largo de la primera infancia presentan trastornos permanentes o transitorios en su desarrollo o riesgo de padecerlos. Se concreta en las atenciones de apoyo psico-social a las familias, estimulación cognitiva, motriz y de comunicación de los niños o niñas, así como la planificación de las condiciones del entorno que favorezcan el óptimo desarrollo de los niños. La norma establece que "se garantizará de forma gratuita a aquellos menores a los que se les haya diagnosticado tanto por el Sistema Sanitario, como por el Educativo y el de Servicios Sociales la necesidad de Atención Temprana, ofreciéndoles las atenciones concretas que requieran en cada caso, de las enumeradas en el punto anterior".

Aragón

El Catálogo de Servicios Sociales recogido en el Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA 30/6/2011 establece los siguientes servicios, que serán gratuitos según establece en su anexo II

- Servicio de valoración sobre la necesidad de Atención Temprana (1.2.2.4.)

Servicio que realiza la valoración de la necesidad de obtener una Atención Temprana en aquellas situaciones en las que presenten o puedan presentar déficit en su desarrollo psicomotor para los menores de seis años.

- Servicio de Atención Temprana (1.2.3.2.)

Servicio que proporciona prevención, rehabilitación y atención a niños menores de 6 años que presentan o puedan presentar déficit en su desarrollo psicomotor.

Temas de estudio

El desarrollo de la Ley y los sucesivos acontecimientos normativos a nivel autonómico plantean por lo tanto algunas cuestiones de alcance:

- Una primera y nuclear sería delimitar cuál es, dentro de la población diana actual de la Atención Temprana, la que se reconocería como dependiente a través de los actuales baremos EVE y BVD. Así como la posible influencia de que existan diferentes procedimientos y técnicos encargados de su aplicación e interpretación.
 - Alrededor de esta cuestión surgen otros interrogantes que a continuación marcan la necesidad de investigar el impacto que produce la división de la población diana de Atención Temprana entre población dependiente y no dependiente en términos de derechos y asimismo en cuanto a eficacia de la prestación una vez que la incorporación de las obligaciones de la Ley 39/2006 y la complejidad de sus normas, reglamentos, ámbitos, carteras de servicios y procedimientos diferentes puede llegar a tener efectos sobre un servicio todavía en ciernes, que ya ha experimentado históricamente las acciones diferenciadoras del estado autonómico, y a la cual ha costado mucho dotar de una mínima consistencia en cuanto a contenidos. Esta complejidad afecta a todo el conjunto de los recursos sociosanitarios y educativos.
- Un segundo aspecto, de carácter más técnico esta vez, al que sería interesante aproximarse se refiere al propio contraste de las escalas en cuestión, EVE y BVD, como instrumentos válidos para alcanzar los objetivos que se propusieron los legisladores. La Escala EVE ha sido validada por la Universidad de Salamanca y sobre el BVD se han realizado diversos estudios pero no han sido publicados y aunque los autores de las escalas mismas reclaman un recorrido suficiente para defender esta validación, eficacia y fiabilidad desde su publicación en el Anexo II del Real

Decreto 504/2007, de 20 de Abril hasta su versión definitiva en el Decreto 174/2011, de 11 de febrero lo cierto es que tal validación no se ha publicado ni constan estudios externos que se hayan realizado en paralelo y de manera complementaria entre la población de los centros de desarrollo infantil y atención temprana o que hayan examinado en profundidad las dificultades que según refieren los profesionales de los centros se detectan al aplicarse a algunos colectivos específicos (niños con TEA, problemas de salud mental, retrasos cognitivos, retrasos del lenguaje, etc). La Escala de Valoración Específica (EVE) de dependencia fue corregida en su última versión para personas menores de tres años mediante la incorporación de algunas correcciones menores a efectos de aclaración del texto, pero también se han añadido dos nuevos ítems en la tabla de movilidad "para una mayor precisión de este bloque de actividad". Y así mismo, se revisó la tabla de combinación de necesidades de apoyo en salud para mejorar su sensibilidad al cruzarlas con las medidas de soporte para funciones vitales.

Planteamiento inicial de la investigación

Como preámbulo a un estudio más a fondo de ambos temas la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana – GAT ha propiciado en 2011 dos iniciativas que ofrecieran indicios preliminares sobre estas cuestiones más arriba referidas:

- Elaborar una encuesta autonómica que, más allá de la previsión normativa, nos ofreciera un panorama concreto de los procedimientos y perspectivas en el reconocimiento de la dependencia en el grupo de edad de 0 a 6 años. Con ese objetivo se elaboró la encuesta que figura en el apartado a) del siguiente capítulo.
- Realizar un estudio preliminar sobre la aplicación de los baremos de acceso al sistema de la dependencia a la población infantil que atiende a algunos Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana cuyos resultados

detallados se ofrecen en el apartado b) del capítulo que se expone a continuación.

3. MATERIAL Y MÉTODO

a. Cuestionario sobre Atención Temprana y Dependencia⁵

El cuestionario incluye un encabezado con el nombre la CCAA y con la identificación de la persona y cargo que lo ha cubierto y una pequeña exposición introductoria sobre la Ley de Dependencia. A continuación contiene 19 preguntas que tratan de recoger la información referida a cuatro temas principales:

- Cuestiones referidas al procedimiento de valoración (preguntas 1-4)
- Cuestiones referidas a la coordinación sociosanitaria (preguntas 5-9)
- Cuestiones referidas a la ordenación de la Atención Temprana a dependientes y no dependientes (preguntas 10-16)
- Datos de la población 0-6 de la Comunidad Autónoma. Población protegida por la Atención Temprana y por la dependencia (preguntas 17-19)

⁵ Ver Anexo 1

b. Estudio piloto preliminar sobre la aplicación de los baremos de la Ley 39/2006 en población de 0 a 6 años. Estudio Deza-Salnés

1. Medidas

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, aprueba los siguientes baremos de valoración de la situación de dependencia

Baremo BVD⁶

El baremo parte de la definición de la dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. Concretamente el BVD, se inspira en la CIF y examina diversas áreas de la vida diaria (en cursiva las actividades no aplicables en 3-6), dándole un determinado peso a cada una de ellas:

Comer y beber: Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local: *emplear nutrición artificial , cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas*, usar cubiertos. Sujetar el recipiente bebida, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, sorber bebidas.

Regulación de la micción/defecación: Indicar la necesidad, adoptar la postura adecuada: acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después de orinar/defecar, adoptar y abandonar la postura adecuada, *limpiarse después de orinar/defecar* , continencia micción, continencia defecación

Lavarse: Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado: lavarse las manos, lavarse la cara. *lavarse la parte inferior del cuerpo, lavarse la parte superior del cuerpo.*

⁶ Real Decreto 504/2007- El nuevo baremo del RD 174/2011, de 11 de febrero entra en vigor el 18-02-2012

Otros cuidados corporales: Cuidado de partes del cuerpo que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. *Peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes*

Vestirse: Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, *tales como calzarse, abrocharse botones, vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo, vestirse prendas de la parte superior del cuerpo.*

Mantenimiento de la salud: Cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, tal *como aplicarse medidas terapéuticas recomendadas, evitar riesgos dentro del domicilio, evitar riesgos fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia.*

Transferencias corporales: Agrupa las actividades siguientes:

Sentarse: Adoptar y abandonar la posición de sentado, y cambiar la posición del cuerpo de estar sentado a cualquier otra como levantarse o tumbarse.

Tumbarse: Adoptar y abandonar una posición tumbada o cambiar la posición del cuerpo de la horizontal a cualquier otra, como ponerse de pie o sentarse.

Ponerse de pie: Adoptar y abandonar la posición de estar de pie o cambiar la posición corporal de estar de pie a cualquier otra posición como tumbarse o sentarse.

Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado: Moverse, estando sentado, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, como moverse desde una silla a una cama.

Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado: Moverse estando tumbado de un lugar a otro en el mismo o diferente nivel, como pasar de una cama a otra.

Desplazarse dentro del hogar: Andar y/o moverse dentro de la propia casa, desplazamientos vinculados al autocuidado, desplazamientos no vinculados al autocuidado, dentro de una habitación, entre diferentes habitaciones.

Desplazarse fuera del hogar: *Caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.*

Realizar tareas domésticas: *Preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar la vivienda, lavar y cuidar la ropa*

Tomar decisiones: actividades de autocuidado, de movilidad, *tareas domésticas*, interacciones interpersonales, *usar y gestionar el dinero, uso de servicios a disposición del público.*

Como es lógico, el baremo se modifica en función de la edad, de manera que

en el caso concreto de la etapa 3-6 deja de considerar muchas de estas actividades por no corresponderse con el nivel de autonomía funcional que cabe esperar en los niños de esa edad. (Ver baremo completo en anexo 1)

A partir del baremo de valoración de la dependencia BVD, se establecen tres grados de dependencia:

- **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o cuando tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador, o cuando tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o cuando tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal

Asimismo, el BVD permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere de acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006.

En términos de puntuación de baremo los distintos grados y niveles se reconocen según la siguiente tabla:

- De 0 a 24 puntos, sin grado reconocido.
- De 25 a 39 puntos, Grado I nivel 1.
- De 40 a 49 puntos, Grado I nivel 2.
- De 50 a 64 puntos, Grado II nivel 1.
- De 65 a 74 puntos, Grado II nivel 2.

- De 75 a 89 puntos, Grado III nivel 1.
- De 90 a 100 puntos, Grado III nivel 2.

Baremo EVE⁷

El baremo EVE para niños de 0 a 3 años reconoce los tres grados habituales de dependencia pero no distingue entre niveles 1 y 2 otorgando el nivel 2 en todos los casos. El baremo destaca tres tipos de situaciones:

- las derivadas del bajo peso al nacimiento;
- las derivadas de la necesidad de medidas de soporte vital por condiciones de salud de carácter crónico prolongado, de larga duración o de frecuente recurrencia, entre las que destaca particularmente la necesidad de contar con medidas de soporte de la movilidad
- las derivadas de las condiciones de desarrollo investigando la actividad motriz y la adaptativa.

Según la norma las personas menores de tres años, serán objeto de revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Cuando una persona valorada anteriormente cumpla los 36 meses deberá serlo de nuevo, con el Baremo de Valoración de la Dependencia para personas mayores de 3 años.

La Escala se aplica mediante la observación del funcionamiento en **Variables de Desarrollo**, que se agrupan en determinadas funciones y actividades motrices y adaptativas, y de la misma manera, se observan las **Necesidades de Apoyo en Salud** para determinadas funciones vitales básicas, de la necesidad de medidas que afectan a la movilidad y, si ha existido bajo peso al nacimiento.

⁷ Real Decreto 504/2007- El nuevo baremo del RD 174/2011, de 11 de febrero entra en vigor el 18-02-2012

ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA EVE

VARIABLES DE DESARROLLO.

Actividad motriz: Funciones y actividades de movilidad mediante 19 hitos evolutivos, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.

VARIABLES DE DESARROLLO.

Actividad adaptativa: Funciones y actividades de adaptación al medio, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD.

Peso al nacimiento: Peso recogido en Informe clínico del parto, Informe de alta hospitalaria, o Historia clínica, que se valora desde el nacimiento hasta los 6 meses.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD.

Medidas de soporte para funciones vitales: Necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico como apoyo a funciones fisiológicas básicas de alimentación, respiración, función renal y/o urinaria, control del dolor e inmunidad. Se valoran desde el nacimiento hasta los 36 meses.

NECESIDADES DE APOYO EN SALUD.

Medidas para la movilidad: necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento .Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis, casco protector. Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, vendaje corporal, de procesador del implante coclear y de bomba de insulina. Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses.

La valoración se debe realizar en el entorno habitual de la persona. El diseño de la Escala permite que sea aplicada en los entornos en los que se desarrolla de manera habitual la vida de la persona. La Escala se puede aplicar en el domicilio familiar, en el Hospital si se encuentra ingresado por una larga

hospitalización, en el Centro de Salud, en la Escuela Infantil, o bien en la unidad de Atención Temprana a la que puede acudir de manera habitual para recibir tratamiento. El/la valorador/a debe observar, por sí mismo, el nivel de adquisiciones de la persona, y/o la necesidad de utilizar medidas de apoyo. Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos. Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el/la niño/a está acostumbrado.

2. Población

En una primera fase, entre Diciembre de 2010 y Febrero de 2011 se aplicaron los baremos EVE o BVD a los niños/as de 0 a 6 años que atienden las Unidades de Atención Temprana (UDIAFS) de las comarcas del Deza y del Salnés en la provincia de Pontevedra, Comunidad Autónoma de Galicia.

La comarca del Deza es una comarca rural situada en el centro de Galicia. La población de la comarca es de 44.769 habitantes (2010), en una extensión de 1.027 km² lo que da una densidad de 43,5 hab./km². Comprende 6 municipios y la mayor agrupación de población pertenece al ayuntamiento de Lalín con 21.216 h. lo que representa casi que el 50% de la población total de la comarca. El nº de niños nacidos en 2010 fue de 281 con una tasa de fecundidad del 0,9%. La población de 0 a 6 años que se atiende anualmente por la Unidad de Atención Temprana representa un 2,05% de la población total 0-6 (56 niños en 2011)

La comarca del Salnés se ubica en una de las áreas costeras de Galicia de mayor dinamismo económico. Tiene un población de 111.763 habitantes (INE 2005) habitando una extensión de 275,2 km², lo que da una densidad de 391 hab./km². Comprende 9 municipios entre los cuales la mayor agrupación corresponde a Vilagarcía con 37.926 h. lo que representa un 34% de la población total. La tasa de fecundidad es del 1.2. En el año 2010, nacieron 1014 niños de los cuales. La Unidad de Atención Temprana atendió en ese período a 102 lo que representa un 1,93% del total 0-6.

Par el estudio se incluyeron los niños que estaban atendiendo regularmente a las unidades excluyendo los casos nuevos o los que contaban con datos incompletos en la recogida final de las observaciones y de los resultados. En total se presenta el estudio de 69 casos.

Para la aplicación de los baremos los profesionales de las Unidades recibieron una formación específica, en la que se incluyó un curso básico sobre la aplicación de la escala EVE de 5 horas de duración.

En una segunda fase se investigó la tipología de los casos que en el grupo de edad 0-6 y como consecuencia de aplicar el filtro de los baremos EVE y BVD quedaban excluidos del sistema de protección de la dependencia. Para ello se hizo una aproximación de los casos Grado 0 desde dos perspectivas diferentes en cada unidad. En una de las unidades se pidió a los profesionales una descripción sintética de las dificultades evolutivas de los niños/las que puntuaban grado 0. En la otra se solicitó una exposición de los apartados en los que puntuaban/no puntuaban los niños/as Grado 0 en el BVD.

La mayoría de los niños de la muestra se situaba en el entorno de los 1 a 5 años que representan más del 80% de la total. La frecuencia es particularmente importante en las edades de 3, 4 y 5 años, con un 24,6%, 26,1% y 31,9% de los casos totales, respectivamente.

4. RESULTADOS

a) Respecto de los procedimientos, reglamentos y aspectos concretos derivados de la aplicación de la Ley 39/2006 en las distintas Comunidades Autónomas, los resultados se han incorporado a partir de los datos ofrecidos por las CCAA a fecha 31 de Diciembre de 2011. Se han obtenido respuestas de 13 CC.AA: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y Navarra. En nueve de las CC.AA los cuestionarios han sido respondidos por responsables de la Administración del área de la Dependencia. En cuatro de las CC.AA las respuestas proceden de las Asociaciones Profesionales.

i) Cuestiones referidas al procedimiento de valoración (preguntas 1-4)

La valoración de la dependencia y la aplicación de las escalas EVE-BVD se realiza en las distintas autonomías siguiendo, en líneas generales, dos tipos de procedimientos. En unas autonomías son los técnicos ordinarios de valoración de la dependencia los que se ocupan de la población 0-6, mientras que en otras comunidades existen Unidades Específicas de Valoración que reciben distintos nombres (UDIAP: Baleares; CATS: Cantabria; UDIAT: La Rioja; CAT: Navarra) Una diferencia significativa entre ambas vías es que en el procedimiento específico intervienen equipos multidisciplinares con titulados superiores y medios (neuropediatras, rehabilitadores, psicólogos, logopedas, trabajadores sociales, etc.) mientras que en el procedimiento ordinario suelen ser titulados medios de perfil sociosanitario (basicamente terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o diplomados en trabajo social). Y un caso particular que debe destacarse es el de Cantabria. En Cantabria el EVE lo aplican los propios profesionales de Atención Temprana, los cuales realizan la valoración de dependencia (EVE/BVD) de todos los niños/as que reciben intervención en Atención Temprana T independientemente de la edad. También cabe mencionar la fórmula de Castilla y León. En esta CC.AA son los técnicos del equipo de Atención Temprana de los Centros Base los encargados de aplicar la EVE a los menores de tres años, mientras que el informe social lo hacen los trabajadores sociales de los servicios ordinarios mediante visita

a los domicilios.

En cuanto al lugar de la valoración, la mayoría de los encuestados refieren que esa valoración debe ser domiciliaria, aunque en ciertos casos se contempla la posibilidad de que se realice en los Hospitales, Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, Centros Base, Escuelas Infantiles y otros lugares.

También la mayoría de las autonomías refiere que se realizan las revisiones correspondientes y previstas en la Ley, si bien en algunas se admiten demoras.

Por último, en cuanto a los informes que se requieren como preceptivos para realizar el trámite de reconocimiento de la dependencia, existen dos grupos diferentes en función de que se requiera o no de inicio un informe social. El informe de la condición de salud es un requisito indispensable en todas ellas. En algunas CC.AA. los informes los deben aportar los solicitantes. En otras es la propia administración quién se encarga de recabarlos, por ejemplo en Andalucía mediante una aplicación informática común de Igualdad y Bienestar Social y del Servicio Andaluz de Salud (Soporte Sanitario a la Ley de Dependencia). Cabe señalar finalmente que la prioridad en el reconocimiento y el máximo de un mes desde la solicitud a la resolución esta reconocida y es de obligado cumplimiento para todas las CCAA.

Tabla 1: Resumen de procedimientos de reconocimiento de la dependencia

Andalucía	El perfil profesional del personal valorador es diplomado en Trabajo Social. Domicilio Se realizan revisiones conforme marca la normativa Informe social y de salud (aplicación informática SSLD Soporte Sanitario a la Ley de Dependencia)
Aragón	El reconocimiento lo realizan los profesionales que imparten los tratamientos de Atención Temprana (atención directa) en los Centros Base del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (estimulación precoz, logopedia, psicomotricidad...). C Base Zaragoza, Huesca y Teruel Se realizan revisiones conforme marca la normativa. Solo informe salud. Informe social se cumplimenta al elaborar PIA
Asturias (P)	El Baremo (EVE) lo aplica la persona valoradora (profesional con distinto perfil e integrada en el Equipo y formada en la aplicación de BVD – EVE: Enfermería/trabajo social/fisioterapeuta/terapeuta ocupacional). La escala se ha de aplicar en el entorno habitual de la persona. El R D establece que además del domicilio podría ser en: Hospital – Centro de Salud – Escuela Infantil – Unidad de Atención Temprana, aunque en nuestra comunidad no es lo común. Lo más repetido es el entorno habitual. Las revisiones se realizan de oficio según establece la ley y el decreto de procedimiento y se concretan en los Reales Decretos 504/2007 y 174/2011 (último EVE con entrada en vigor en

	<p>febrero de 2012) que establecen los tramos de edad y según fecha que marca el Órgano de valoración de cada equipo</p> <p>En cuanto a los informes, para la solicitud de valoración, o de revisión a instancia de parte, es preceptivo el informe de condiciones de salud. Si bien desde el Órgano de Valoración se pueden pedir y se vienen pidiendo informes complementarios, así como que la persona solicitante/representantes/familia, etc. puedan aportar cuantos consideren oportunos. Igualmente en otras fases del procedimiento como para la elaboración propuesta PIA se puede requerir a los S. Sociales Municipales un informe social</p>
Baleares	<p>Actualmente es una función de los Equipos de Valoración i Orientación de la Discapacidad (EVO-UDIAP) dels Centres Base, posiblemente a partir de Enero del 2012 sera realizado por la Fundació Balear d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, que es la entidad pública que realiza las valoraciones del grado de dependencia (BVD) a partir de los 7 años. En las Illes de Menorca e Eivissa el EVO-UDIAP la realiza en el domicilio familiar, en Mallorca –por disponer de escaso personal- en la sede del Centre Base-EVO-UDIAP (Unitat de diagnòstic infantil i atenció primerenca)</p> <p>Las revisiones en las Illes de Menorca e Eivissa se realizan puntualmente, en Mallorca –por disponer de escaso personal se han demorado, actualmente están actualizadas, no pudiendo ser realizadas cada seis meses exactamente</p> <p>El informe de salud oficial del SAAD del pediatra de referencia del Centro de Salud o de Hospitales Públicos es siempre preceptivo, siendo recomendables y opcionales los informes sociales o psicopedagógicos de que disponga la unidad familiar. Habitualmente los padres aportan conjuntamente con el informe oficial de salud del SAAD, los informes detallados de los especialistas médicos (pediatra, neuropediatra, rehabilitador, neonatólogo; etc)</p>
Cantabria	<p>La valoración la realizan los profesionales de Atención Temprana en sus Centros aunque pueden desplazarse al domicilio o al hospital si es preciso. Se realizan revisiones segun marca la legislación y se solicita informe de condición de salud</p>
Castilla y León	<p>En Castilla y León son los técnicos del equipo de Atención temprana, del Centro Base, los encargados de aplicar la Escala de Valoración Específica (EVE) a los menores de tres años. El reconocimiento se realiza en el Centro Base. Y el informe social lo realizan los Trabajadores Sociales de los CEAS en el domicilio del niño.</p>
Cataluña	<p>De la valoración se cuida el equipo de valoración o SEVAD (Servei de valoració de la Dependència que depende del Consorci de Serveis Socials</p> <p>El reconocimiento se realiza en el domicilio</p> <p>Se realizan revisiones conforme marca la normativa</p> <p>Solo informe médico. Si que se puede elaborar un informe médico para valorar el PIA que da más peso a la ayuda</p>
Comunidad Valenciana	<p>Profesionales formados en la aplicación de los instrumentos de valoración de la Dependencia. En el entorno habitual: domicilio, Centro de Estimulación precoz, Hospital, Jardín de infancia, es decir en donde la valoración del niño/a pueda llevarse a cabo en las mejores condiciones</p> <p>Las revisiones de oficio se realizan en función del criterio del Órgano de Valoración y en función de las patologías que presenten, como permite el Baremo de Valoración, no necesariamente a los 6 meses</p> <p>En el reconocimiento de las "situaciones de dependencia" el solicitante debe aportar una solicitud acompañada de un informe social y un informe de las condiciones de salud .Si es preceptivo en la Comunidad Valenciana</p>
Extremadura	<p>Los equipos de valoración distribuidos por toda la comunidad.</p> <p>En el domicilio del solicitante.</p> <p>Se realizan revisiones conforme marca la normativa.</p> <p>Informes preceptivos.</p>
Galicia	<p>En la CCAA de Galicia, los técnicos de valoración de las situaciones de dependencia, tienen los siguientes perfiles profesionales: Médico/a; Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta y/o otros profesionales con perfil sanitario. Teniendo en cuenta que la escala de valoración específica, contempla hitos de valoración que fueron establecidos de acuerdo al carácter integral que el desarrollo del niño tiene en este período evolutivo, la aplicación de la escala de valoración específica (EVE), preferentemente la realizará un médico/a o Psicólogo/a.</p> <p>Como norma general el reconocimiento se realiza preferentemente en el entorno normalizado en el que se desenvuelve la vida de los niños y niñas.</p> <p>Según reconoce la normativa existente en la CCAA de Galicia, ambos informes son obligatorios a la hora de presentar la solicitud, por lo tanto son perceptivos independientemente del factor edad.</p>
La Rioja	<p>Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana dependiente de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja UDIAT En el Centro de Valoración de Logroño Se realizan revisiones periódicas. Si el EVE lo aplican psicólogos, pedagogos o fisioterapeutas , después de</p>

	<p>aplicarlo el equipo de valoración de la UDIAT formado por psicólogos, pedagoga y trabajadora social lo revisan y realizan el dictamen de valoración de dependencia. Se hace siempre en el domicilio del niño a valorar, salvo en los niños prematuros que se hace en el hospital. Se realizan revisiones cada seis meses como marca la Ley</p> <p>Si, como en todas las demás situaciones</p>
Madrid	<p>Profesionales de la Administración de la Comunidad de Madrid con perfil sociosanitario, que suelen ser médicos, pudiéndose determinar, cuando se estime conveniente por el órgano competente en materia de dependencia, que la valoración se lleve a cabo por profesionales de otras Administraciones Públicas. Con carácter general, la valoración se llevará a cabo en el entorno habitual del interesado, cuando se estime conveniente por el órgano competente en materia de dependencia, la valoración se llevará a cabo en un lugar distinto, por ejemplo los colegios (en niños con TEA) Se incluyen, en ocasiones, informes del CAT, aunque no son preceptivos.</p> <p>Solicitar, excepcionalmente, cuantos informes médicos, psicológicos o sociales complementarios o aclaratorios considere convenientes, cuando el contenido de los antecedentes obrantes en el expediente o las especiales circunstancias de la persona solicitante lo aconsejen.</p>
Navarra	<p>1ª Revisión: Médico Rehabilitadora de la unidad de valoración del equipo de AT</p> <p>2ª en adelante (seguimiento): Terapeutas ocupacionales del equipo de Valoración de la dependencia</p> <p>1ª valoración en Consulta dentro del CAT: Pamplona.</p> <p>2ª y restantes en los centros donde acude el niño (CAT fundamentalmente) o en domicilio No es preceptivo el informe social pero sí el de salud</p>

ii) Cuestiones referidas a la coordinación sociosanitaria (preguntas 5-9)

La mayoría de las CC.AA refieren acciones de coordinación sociosanitaria en relación con el reconocimiento de la situación de dependencia y la posibilidad de participación de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana mediante acciones de información a los padres, acompañamiento de informes e incluso cesión de instalaciones para la realización de los reconocimientos. Pero estas acciones de coordinación son mayoritariamente informales sin que exista una normativa protocolizada y operativa, excepto en el caso de Cantabria donde hay un acuerdo entre el ICASS (Servicio de gestión de Servicios Sociales) y el Servicio de Atención Temprana (del Servicio Cantabro de Salud) y también con los profesionales de Trabajo Social del Servicio Cántabro de Salud. Existe igualmente un protocolo de derivación a la solicitud de valoración, así como para la prevención de situación de dependencia, para los niños/as nacidos con prematuridad, con prioridad para los nacidos por debajo de 1.500grs. En la mayoría de las CC.AA han realizado actuaciones informativas dirigidas al sector sanitario, especialmente a las unidades de neonatología con objeto de facilitar a las familias el acceso a la ampliación de los permisos de maternidad y agilizar los trámites de reconocimiento. En algunas estas actuaciones han incluido cursos de información y

formación en las características de la escala EVE. En otras se manifiesta que llega una información insuficiente a los profesionales sanitarios en cuanto a ofrecer un perfil claro de cuáles son los niños tributarios de un posible reconocimiento de la dependencia y cuáles con los aspectos evolutivos o de la condición de salud que se valoran.

Un dato diferencial es que en la Comunidad Valenciana los 25 Centros de Estimulación Precoz han sido incluidos en el sistema de atención a la dependencia como Servicios de promoción de la autonomía personal, conforme al catálogo de la Ley 39/2006.

Y también cabe destacar la experiencia de Cantabria que contempla un rol fundamental para los Centros de Atención Temprana:

- *Se informe a las familias sobre la posibilidad de solicitar Valoración.*
- *Se deriven los casos susceptibles de entrar en el sistema de protección de la Ley 39/2006 al profesional de TS del centro de salud del niño/a*
- *Se establezca coordinación con el Médico pediatra del niño/a para realizar Informe de Salud*
- *Se valore al niño/a (EVE/BVD) según edad.*
- *Se derive la valoración al órgano de gestión (ICASS)*

iii) Cuestiones referidas al derecho a la Atención Temprana y a la ordenación de la Atención Temprana a dependientes y no dependientes (preguntas 10-16)

En casi todas las CCAA que han respondido a la encuesta la Atención Temprana es un derecho y se trata de una prestación gratuita que no implica costes para las familias. En Andalucía, la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía y el Decreto 137/2002, de 30 de abril, configura el marco normativo para la prevención y detección de las deficiencias y la Atención Temprana, la cual entendida como intervención múltiple dirigida al niño, la familia y la comunidad debe estar garantizada. Los Centros de Atención Infantil Temprana están financiados por la administración siguiendo diversas modalidades y

coordinados por la Consejería de Salud. La atención abarca de 0 a 6 años y el acceso se realiza a través del pediatra de referencia. En Aragón ese derecho viene reconocido por su propia ley de servicios sociales y por su orden reguladora. No es necesaria la valoración de la situación de dependencia para acceder a Atención Temprana sino que todo niño valorado por el Equipo de Valoración del Centro Base que lo precise tiene acceso a los servicios (Orden de 20 de enero 2003. Ley de Servicios Sociales y su catálogo). Igualmente en Baleares la Atención Temprana, a través de su decreto regulador (Decreto 85/2010, de 25 de junio) no exige disponer del reconocimiento de dependencia para acceder a la Atención Temprana y es gratuita siempre que cuente con el reconocimiento preceptivo de la UDIAP. En Cataluña, la Atención Temprana es un derecho instaurado antes de la publicación de la Ley 39/2006, una prestación regulada por el decreto 261/2003, totalmente gratuita y con acceso a través de la propia red de servicios. En Cantabria la gestión está encomendada al Servicio Cantabro de Salud y es gratuita dentro de la cartera de servicios de atención primaria de salud. En Castilla y León La Ley 16/2010 de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León configura la Atención Temprana dirigida a los niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, como un derecho subjetivo y que el servicio es gratuito. En Extremadura, es igualmente un derecho, gratuita, y con acceso a través de los centros de atención a la discapacidad (Decreto 151/2006, MADEX, Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura). En Galicia hasta la fecha la Atención Temprana es una prestación adscrita al Servicio Gallego de Salud (Decreto 69/1998), que no contempla la participación económica de los usuarios y que se reconoce desde los propios servicios a los niños de 0 a 3 años, pudiendo ampliarse hasta los 6 años cuando el equipo asistencial así lo dictamine. La nueva Ley 3/2011 de apoyo a la familia y a la convivencia contempla la Atención Temprana como un servicio integral, transversal y de proximidad garantizando el derecho de los niños con trastornos en su desarrollo a acceder a dichos servicios. Y los equipos de valoración de la situación de dependencia pueden reconocer la prestación a través de la prestación vinculada al servicio o de entidades colaboradoras a través del sistema gallego de Servicios Sociales. Aunque la Ley de Servicios Sociales de Galicia y la Ley 39/2006 recogen la participación económica de los beneficiarios en la financiación de las distintas prestaciones hasta la fecha no se ha desarrollado ningún sistema de

participación económica en el coste del servicio de Atención Temprana. En La Rioja el acceso al sistema de servicios de Atención Temprana es único, a través de la Unidad de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (UDIAT) y con independencia de si tienen o no reconocida la situación de dependencia. La atención es gratuita (Decreto 3/2011, de 19 de Enero). Y en Madrid, la Atención Temprana es un derecho y prácticamente gratuita aunque no existe norma que lo establezca explícitamente. Los niños para acceder a los servicios deben tener el certificado de discapacidad emitido por el Centro Base. Por su parte, en Navarra (Orden Foral 317/2009) la Atención Temprana es un derecho y gratuita de 0 a 3 años pero no de 3 a 6 años. El acceso a los servicios es único para dependientes y no dependientes a través del Centro de Atención Temprana, el cual cuenta con un equipo interdisciplinar de valoración

iv) Datos de la población 0-6 de la Comunidad Autónoma. Población protegida por la Atención Temprana y por la dependencia (preguntas 17-19)

Se han recabado datos de la población 0-5 (5 incluido) de cada CC.AA, de la población atendida anualmente en Atención Temprana y de la población 0-6 años que ha sido reconocida como dependientes.

Tabla 2: Datos de población y reconocimientos realizados en las CC.AA

CCAA	Población menor de 6 años (0-5)	Población AT	Reconocimientos dependencia 0-5
Andalucía	570.790 (0-6)	15.138	2.565
Aragón	75.794 (0-5)	1.048	269
Asturias (P)	47.355 (0-5)	Sin datos	Sin datos
Baleares	78.448 (0-5)	446	181
Cantabria	37.839 (0-5)	931	610
Castilla y León	123.739 (0-5)	Sin datos	850

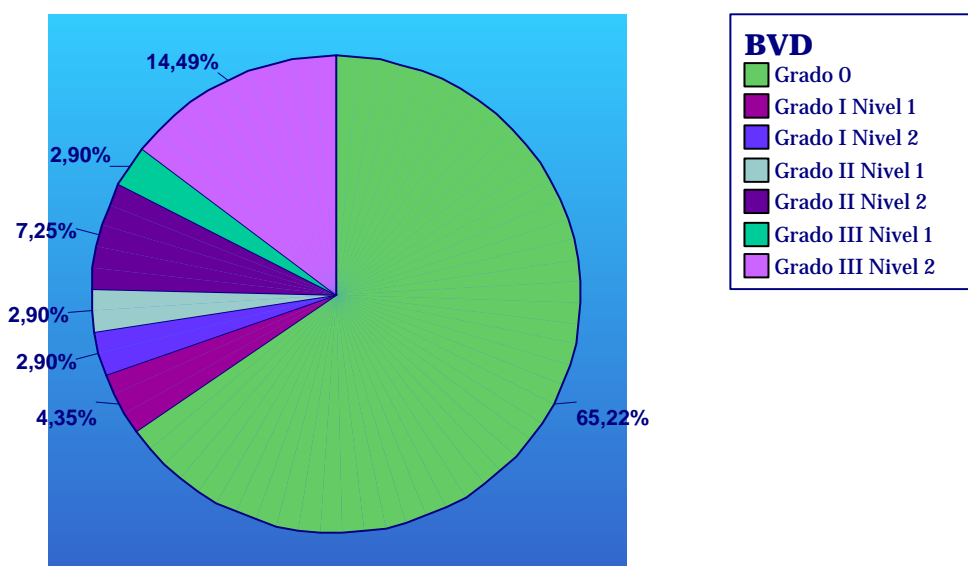
Cataluña	424.047 (0-4)	30.000	195 (0-3)
Comunidad Valenciana	374.276 (0-6)	Sin datos	1.748
Extremadura	51.589 (0-4)	Sin datos	599
Galicia	133.031 (0-5)	Sin datos	555
La Rioja	19.000 (0-5)	Sin datos	118
Madrid	448.885 (0-5)	Sin datos	Sin datos
Navarra	33.645 (0-4)	Sin datos	926

Cabe señalar, como referencia que la estadística del Sistema de Atención a La Dependencia (SAAD) ofrece como Nº de reconocidos en situación de dependencia menores de 3 años a 1.859 niños de ambos sexos, lo que representa el 0.26% de las 757.939 personas reconocidas en total por el sistema a 1 de Abril de 2012 y el 0,12% de los menores de tres años (1.496.886) a 31-12-2011

b) En cuanto a los resultados del estudio piloto preliminar (Estudio Deza-Salnés) de los 69 casos valorados que es la población diana de la Atención Temprana que se ha estudiado un 65,22% no cumpliría los requisitos del EVE o BVD frente a un 34,78% que sí los cumpliría.

Gráfico 1

Dependientes según EVE-BVD



Dentro del conjunto de casos que cumplen los requisitos del EVE Y BVD se diferencian los casos realmente reconocidos (que figuran como "si" en la tabla 1 que mostramos a continuación y que, como puede verse en el gráfico 3, representan el 13,95% del total de la muestra) de los que cumplen los requisitos de los baremos pero aún no están legalmente reconocidos (que figuran como "posibles" y representan el 18,60% de la muestra)

Tabla 3**SITUACIÓN LEGAL EN RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No dependientes	46	66,7
	Potenciales dependientes	15	21,7
	Ya reconocidos	8	11,6
	Total	69	100,0

El detalle de los casos analizados y el resultado de la aplicación de los baremos se describen en la Tabla 2

Tabla 4**MUESTRA DE CASOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR Y SU RELACIÓN CON EL RECONOCIMIENTO DE LA DEPENDENCIA**

Nº	Edad	Situación legal	Diagnóstico evolutivo	Grado EVE	GRADO BVD
1	1	reconocido	Anoxia neonatal	Grado I nivel 2	eve
2	1	potencial	Macrocefalia, retraso Psicomotor	Grado III nivel 2	eve
3	1	potencial	Retraso Psicomotor	Grado III nivel 2	eve
4	1	potencial	Agenesia de cuerpo caloso	Grado III	eve
5	1	no	Hidrocefalia	Grado 0	eve
6	2	no	Delección 22 q11.2, problemas cardíacos y de inmunidad (sin aislamiento)	Grado 0	eve
7	2	potencial	Retraso Psicomotor	Grado II nivel 2	eve
8	2	reconocido	Retraso Psicomotor, Cardiopatía	Grado II nivel 2	eve
9	2	potencial	Retraso Global	Grado III nivel 2	eve
10	2	potencial	Encefalitis herpética, Retraso Psicomotor	Grado III nivel 2	eve
11	2	potencial	Trastorno del lenguaje y de la comunicación	Grado III nivel 2	eve
12	2	reconocido	Retraso psicomotor	Grado III nivel 2	eve
13	3	no	Retraso Psicomotor	bvd	Grado III nivel 2
14	3	potencial	Retraso Global	bvd	Grado I nivel 1

15	3	no	TGD	bvd	Grado 0
16	3	no	Autismo	bvd	Grado 0
17	3	no	Mielomeningocele L4L5	bvd	Grado 0
18	3	potencial	TEL	bvd	Grado I nivel 2
19	3	no	Torpeza motriz, dificultades importante de lenguaje	bvd	Grado 0
20	3	no	Retraso Simple del habla	bvd	Grado 0
21	3	potencial	Retraso psicomotor	bvd	Grado II nivel 2
22	3	potencial	Parálise cerebral espástica	bvd	Grado III nivel 2
23	3	no	Trastorno del lenguaje y problemas emocionales	bvd	Grado 0
24	3	no	Problema emocional	bvd	Grado 0
25	3	no	Retraso global	bvd	Grado 0
26	3	no	Retraso simple del lenguaje	bvd	Grado 0
27	3	no	Problemas emocionales y de comportamiento	bvd	Grado 0
28	3	no	Problemas de comportamiento y aislamiento	bvd	Grado 0
29	3	no	Dificultades de relación	bvd	Grado 0
30	4	potencial	S. West	bvd	Grado II nivel 2
31	4	reconocido	Autismo	bvd	Grado II nivel 2
32	4	reconocido	Retraso Psicomotor	bvd	Grado III nivel 1
33	4	reconocido	Macrocefalia, retraso Psicomotor	bvd	Grado II nivel 1
34	4	no	Retraso Psicomotor	bvd	Grado 0
35	4	reconocido	S. Down	bvd	Grado III nivel 1
36	4	potencial	Esclerosis tuberosa	bvd	Grado I nivel 1
37	4	no	Lenguaje ininteligible, no alcanza el nivel del aula	bvd	Grado 0
38	4	reconocido	S. Marfan	bvd	Grado III nivel 2
39	4	no	Hipoacusia mixta. Pérdida auditiva media.	bvd	Grado 0

40	4	no	Trastorno del lenguaje oral	bvd	Grado 0
41	4	no	Síndrome DAMP	bvd	Grado 0
42	4	no	Dificultades en las relaciones, no contacto ocular, retraso del lenguaje	bvd	Grado 0
43	4	no	Retraso en el desarrollo	bvd	Grado 0
44	4	no	Problemas de comportamiento	bvd	Grado 0
45	4	no	Retraso simple del lenguaje	bvd	Grado 0
46	4	no	Retraso psicomotor leve, retraso lenguaje	bvd	Grado 0
47	4	no	Problemas de comportamiento	bvd	Grado 0
48	5	no	Retraso Psicomotor	bvd	Grado 0
49	5	no	Autismo	bvd	Grado 0
50	5	no	Retraso Global	bvd	Grado 0
51	5	potencial	Deleción cr. 2q23.3-q24.1	bvd	Grado I nivel 1
52	5	no	Dificultades escolares, problemas de comportamiento, y situación familiar problemática	bvd	Grado 0
53	5	potencial	Síndrome West- derivado en Lennox-Gastaut	bvd	Grado II nivel 1
54	5	no	Retraso Madurativo	bvd	Grado 0
55	5	no	Retraso en el desarrollo	bvd	Grado 0
56	5	no	Trastorno de él lenguaje	bvd	Grado 0
57	5	no	Retraso en el desarrollo fonológico	bvd	Grado 0
58	5	no	Difluencia en el habla	bvd	Grado 0
59	5	no	Trastorno del desarrollo	bvd	Grado 0
60	5	no	Trastorno del lenguaje y problemas de conducta	bvd	Grado 0
61	5	no	Retraso del lenguaje	bvd	Grado 0
62	5	no	Posible Hiperactividad, dislalias	bvd	Grado 0
63	5	no	Retraso simple del lenguaje (Dislalias), escaso contacto ocular	bvd	Grado 0

64	5	no	Retraso lenguaje, dislalias	bvd	Grado 0
65	5	no	Retraso del lenguaje	bvd	Grado 0
66	5	no	TDAH	bvd	Grado 0
67	5	no	Retraso psicomotor leve, retraso lenguaje	bvd	Grado 0
68	5	no	Retraso cognitivo	bvd	Grado 0
69	5	no	Retraso madurativo, adopción internacional	bvd	Grado 0
70	6	no	Retraso Evolutivo	bvd	Grado 0
71	7	no	Trastorno de ansiedad de separación	bvd	Grado 0
72	8	no	Trastorno obsesivo-compulsivo	bvd	Grado 0
73	8	reconocido	Trastorno Autista	bvd	Grado I Nivel 2
74	8	reconocido	Encefalopatía por Citomegalovirus. Hipoacusia neurosensorial bilateral con implante coclear	bvd	Grado III Nivel 1
75	9	no	TDAH; Dislexia y problema emocional asociado	bvd	Grado 0
76	9	reconocido	Síndrome de Down	bvd	Grado II Nivel 1
77	10	no	TDAH	bvd	Grado 0
78	10	no	TDAH; Trastorno negativista desafiante	bvd	Grado 0
79	10	no	Trastorno negativista desafiante	bvd	Grado 0
80	11	no	Trastorno emocional	bvd	Grado 0
81	11	reconocido	Sin diagnóstico. Problemas graves de visión + retraso en el desarrollo global.	bvd	Grado I Nivel 2
82	12	no	Dislexia	bvd	Grado 0
83	13	no	Dislexia	bvd	Grado 0
84	13	no	TDAH; Trastorno de Ansiedad Generalizada; Trastorno negativista desafiante	bvd	Grado 0
85	13	potencial	Diparesia Espástica por P.C	bvd	Grado II Nivel 2
86	15	no	Trastorno afectivo	bvd	Grado 0

Finalmente, por lo que se refiere al estudio más pormenorizado, de carácter descriptivo de los casos que resultaron excluidos, es decir con Grado 0, a continuación se dibujan los problemas evolutivos que presentaban los niños que estaban siendo atendidos en una de las unidades Tabla 3 y, en la Tabla 4, se ofrece una descripción de la aplicación del baremo a los niños que estaban siendo atendidos en la otra unidad

Tabla 5

.....**MUESTRA DE CASOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR, GRADO DE DEPENDENCIA Y**
**PROBLEMÁTICAS EVOLUTIVAS**

Edad	Diagnósticos	Problemáticas evolutivas /
1 año	Hidrocefalia	Grado 0 Dificultades importantes en el lenguaje expresivo, le cuesta dominar los movimientos amplios, falta de equilibrio, descoordinación.
3 años	Retraso Simple del habla y otras no especificadas	Grado 0. Niña prematura con paladar ojival, articulación deficitaria de las palabras, dificultades en el lenguaje, problemas de desarrollo fonológico, a nivel expresivo cuesta mucho entenderla, babeo ocasional. Dificultades en motricidad gruesa; equilibrio deficitario, mala coordinación y ejecución de movimientos. Problemas de conducta, problemas control de esfínteres.
3 años	Trastorno del lenguaje y problemas emocionales	Grado 0. Niña con dificultades severas en el lenguaje expresivo y comprensivo, no estructura frases sencillas, carece de estructuras morfosintácticas, no se comunica ni con los compañeros ni con los adultos, mutismo selectivo, muchas dificultades en la expresión oral. Serios problemas de conducta. Agresividad. Presenta un déficit cognitivo amplio, no realiza asociaciones, ni clasifica forma, color y tamaño, igual/diferente,

3 años	Problema emocional y de comportamiento	Grado 0. Terroros nocturnos. Hiperactividad. Conductas disruptivas originadas por la sensación de pérdida y abandono de la figura de apego incluso en tres ocasiones.
4 años	Hipoacusia mixta Pérdida auditiva media. Trastorno del lenguaje. Trastorno afectivo	Grado 0. El lenguaje oral se limita a unas pocas palabras, pero estas suelen estar distorsionadas. Este niño presenta una aparente ansiedad de separación de la madre y una personalidad introvertida, por lo que está siendo muy difícil recabar datos de la evaluación.
4 años	Trastorno del lenguaje oral	Grado 0 Graves dificultades en el lenguaje oral, fundamentalmente en la vertiente expresiva. Presenta limitaciones para imitar los movimientos de la zona orofacial y en consecuencia los necesarios para los sonidos del habla. Esto le impide adquirir el lenguaje oral, la cuál se limita a la producción de escasas palabras distorsionadas y/o limitadas a la producción de los sonidos que es capaz de decir. Incluso el momento de acudir a la unidad utilizaba chupete y tomaba el biberón dos veces al día, lo cual le provocó mordida abierta frontal y posición baja de la lengua en reposo.
5 años	Retraso evolutivo	Grado 0. Madre con diagnóstico de enfermedad mental. Niño inquieto, inmaduro, dificultades de atención, concentración y memoria. Comprensión muy precaria que genera dificultades en el lenguaje expresivo, conciencia fonológica pobre y deficitaria, retraso en el desarrollo global. Dificultades en el aspecto emocional y conductual.

5 años	Retraso evolutivo	<p>Grado 0.</p> <p>Derivada por Servicios Sociales. Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño. Niña que presenta actualmente un retraso significativo en el desarrollo global con serios problemas de conducta, no acata límite, ni normas, no tiene capacidad resolutive. Llegó la unidad con mutismo selectivo. Presenta un déficit cognitivo amplio, dificultades de comprensión y atención. No sabe esperar ni autorregularse, problemas de relación en el colegio. Carencias de cuidados personales y de salud en la casa.</p>
5 años	Trastorno del lenguaje	<p>Grado 0.</p> <p>Retraso en el lenguaje tanto a nivel expresivo cómo comprensivo. Nivel de desarrollo de habilidades psicolingüísticas de un niño de 3 años</p>
5 años	Retraso en el desarrollo fonológico	<p>Grado 0.</p> <p>Niña prematura. Presenta múltiples simplificaciones fonológicas y dislalias que no son propias de su edad. Sin embargo, estas limitaciones no le impiden comunicarse con fluidez. Estuvo tomando el biberón incluso el momento de entrar en la unidad.</p>
5 años	Disfluencia en el habla	<p>Grado 0.</p> <p>Presenta una habla disfluyente caracterizada por repeticiones de sílabas o palabras, rectificaciones y no se observan movimientos asociados. La difluencia suele aparecer en situaciones que le producen ansiedad, nerviosismo,..., aunque no siempre.</p>
5 años	Trastorno del desarrollo	<p>Grado 0.</p> <p>Excesiva dependencia de los adultos familiares de referencia, con gran inseguridad afectiva. Dificultades para mostrar iniciativa, prestar atención y desarrollar aprendizajes o asumir conductas bien adaptadas. Su habla está caracterizada por una entonación interrogativa, frases hechas, gramática rudimentaria e inversión pronominal.</p>

5 años	Trastorno del lenguaje y problemas de conducta	Grado 0. Limitaciones en el lenguaje expresivo, no tiene conciencia fonológica, muchas dislalias, dificultades de vocalización y en las praxias bucales. No tiene atención compartida, dificultades de memoria a largo plazo, hipotonía muscular. Déficit en equilibrio, descoordinación de extremidades superiores e inferiores, manipulación fina muy precaria, manos y dedos muy hipotónicos.
6 años	Retraso Evolutivo	Grado 0. Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño. Ausencia prolongada de estimulación. Retraso en todas las áreas del desarrollo. Cociente de desarrollo de 65.

Tabla 6

MUESTRA DE CASOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR, DIAGNÓSTICOS Y AREAS DE PUNTUACIÓN EN EL EVE-BVD

Edad	Diagnóstico	Áreas de puntuación en el EVE, BVD
2 años	Deleción 22 q11.2, problemas cardíacos y de inmunidad	No puntúa en la EVE
4 años	Retraso Psicomotor	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales del BVD
5 años	Retraso Psicomotor	No puntúa, el BVD no refleja el retraso evolutivo
5 años	Trastorno del Espectro Autista	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales del BVD
4 años	Retraso psicomotor	No puntúa en el BVD
3 años	Trastorno Generalizado del Desarrollo	Tan solo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales

3 años	Trastorno del Espectro Autista	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales
3 años	Mielomeningocele	Tan sólo puntúa en los ítems de continencia de micción y defecación.
4 años	Síndrome DAMP	No puntúa en el BVD 3-6
5 años	Retraso del lenguaje	No puntúa en el BVD 3-6
5 años	Posible hiperactividad, dislalias múltiples	No puntúa en el BVD 3-6
5 años	Trastorno afectivo-emocional	No puntúa en el BVD 3-6
4 años	Dificultades en las relaciones, no contacto ocular, retraso del	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales del BVD
5 años	Dislalias múltiples	No puntúa en el BVD 3-6
5 años	Retraso del lenguaje	No puntúa en el BVD 3-6
4 años	Retraso en el desarrollo	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales del BVD
3 años	Retraso simple del lenguaje	No puntúa en el BVD 3-6
3 años	Problemas emocionales y de comportamiento	Tan sólo puntúa en el ítem de relaciones interpersonales del BVD

5. DISCUSIÓN

En cuanto a los procedimientos y operatividad actual de las previsiones de la Ley 39/2006 en las distintas CC.AA, a la vista de los datos obtenidos en la encuesta cabe destacar que sigue sin cumplirse el mandato de la disposición adicional decimotercera, que establece en su apartado 3 que “En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se promoverá la adopción de un plan integral de atención para estos menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar Atención Temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales”.

En ausencia de dicho plan, que debería haber jugado un papel armonizador para el conjunto del Estado, los acuerdos del Consejo Interterritorial de 28 de octubre de 2010 establecieron que la Atención Temprana es una prestación incluida entre los servicios de promoción de la autonomía personal para las personas en situación de dependencia grado I. Pero, a tenor de los datos recogidos la prestación de Atención Temprana no está vinculada a la dependencia prácticamente en ninguna CCAA y la prestación no se aplica por esa vía si no por la que deriva de la realidad normativa y la red de servicios establecida de forma autónoma por cada comunidad.

De cualquier manera, si no se adoptan medidas integradoras, como han hecho todas las CCAA que han legislado desde la promulgación de la Ley 39/2006, podría abrirse paso un sistema dual de prestaciones de Atención Temprana:

- Los servicios estatales de Atención Temprana para niños reconocidos en situación de dependencia que sería una prestación básica del Estado, aplicable en todas las CC.AA. De momento solo están regulados los contenidos e intensidades para los niños dependientes Grado I, pero las disposiciones que preparan las CCAA, anuncian intensidades superiores (de 8 a 20 horas) para los niños en situación de dependencia Grados II y III, y también advierten del establecimiento de tarifas de copago obligatorio para

las familias. Al depender de un reconocimiento vigente de dependencia estos servicios pueden desaparecer o permanecer en función de las revisiones semestrales obligatorias que establece el procedimiento legal. Aunque, como ya hemos reflejado al inicio de este trabajo, esta regulación está en suspenso, como consecuencia de las modificaciones introducidas a 31-12-2012 como consecuencia de la crisis económica actual, se ha introducido ya una referencia que tendrá una indudable influencia sobre cualquier regulación posterior.

- Los servicios autonómicos de Atención Temprana para los niños (dependientes o no dependientes) que cumplan con los criterios de elegibilidad definidos por cada autonomía. El alcance de estos criterios de elegibilidad es bastante diferente en la práctica en cada Comunidad, de forma que hay CCAA que incluyen en la AT a más del 5% de la población infantil, mientras que otros apenas superan el 1%. En estas diferencias influye la comprensión y alcance de los servicios (definición del riesgo, inclusión de los problemas de crianza, etc.) así como los procedimientos de acceso (a través de la red de servicios, de dispositivos centralizados, etc.). Estos servicios autonómicos son actualmente mayoritariamente gratuitos.
- Además, el hecho de fijar intensidades asistenciales diferentes en función del grado de dependencia introduce un factor de distorsión profundo en la práctica asistencial, propio de otras prestaciones tipo centro de día o servicio de ayuda a domicilio, fijando expectativas de "buena práctica" de carácter exclusivamente cuantitativo que producirán conflictos innecesarios tanto en las relaciones entre servicios y familias, como en la adaptación flexible de los servicios a las necesidades de cada momento. hasta convertirse en un factor de distorsión a todas luces innecesario y contrario a las buenas prácticas profesionales.

Aún considerando las muchas limitaciones de carácter metodológico y estadístico del estudio piloto que se recoge en este estudio sus resultados nos indican, con bastante fiabilidad, que los baremos pueden dejar fuera del ámbito protector de la Ley 39/2006 múltiples problemas evolutivos en diferentes áreas del desarrollo, siendo particularmente insensibles ante los problemas del lenguaje, de conducta y de carácter cognitivo-emocional en el tramo 3-6, mientras que establece un filtro excesivamente exigente en relación con los problemas de torpeza motriz o dificultades transversales en el desarrollo como el retraso psicomotor.

En este sentido se aprecia poca capacidad discriminativa de las dificultades relacionales derivadas de los efectos del diagnóstico de una discapacidad o de la presencia de problemas en el entorno sociofamiliar de los niños y niñas. Una laguna significativa del sistema es que puede dejar fuera incluso a niños/as que presentan anomalías congénitas que por su carga de estigma o de problemática evolutiva, como las cromosomopatías u otras malformaciones, o las llamadas enfermedades raras constituyen situaciones de gran complejidad adaptativa para los niños/las y para sus familias y que deberían poder contar, igual que los prematuros, con la posibilidad de un acompañamiento más prolongado durante la parte inicial de la crianza para sus familias, así como con los apoyos que ofrece la Ley 39/2006, entre ellos garantizando el acceso gratuito a la Atención Temprana, con objeto de evitar que las situaciones de estrés familiar o falta de acompañamiento especializado tengan consecuencias negativas o irremediables sobre el desarrollo de los niños.

Por otra parte, los baremos, y de forma destacada el BVD, tienen aparentemente bastantes dificultades para identificar cómo dependientes a niños/as que en la vida cotidiana sí lo son, como son algunos niños/as con dificultades en la relación interpersonal del tipo de los trastornos del espectro autista o el retraso psicomotor que precisan una supervisión constante por más que puedan realizar algunas actividades de una manera autónoma a requerimiento del adulto o cuando están insertas en rutinas muy automatizadas. Estos niños/as precisan de una atención constante y activa por parte del adulto y, a diferencia de sus pares de 3-6 con desarrollo típico, no son capaces de autorregularse y mantener una actividad funcional o de juego de una manera independiente o en cooperación con otros

niños/las.

Aún reconociendo que no todos los niños que necesitan intervención en Atención Temprana están en situación de dependencia conforme a la regulación actual si que la mayoría, al menos mientras la cobertura asistencial se sitúe, como se sitúa hoy, en un 2% de la población infantil de 0 a 6 están dentro del ámbito de su prevención y no se comprende que la protección asistencial de un sector tan vulnerable y que está amparado legalmente por una voluntad nítida de los legisladores (Convención de los Derechos del Niño, Normas Uniformes, Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor) pueda quedar resentido en sus derechos por mor de un sistema de baremación cuestionable.

Por otro lado, la diversidad de procedimientos de acceso a las prestaciones que esta definiendo cada autonomía no hace sino añadir nuevas áreas de sombra para una prestación que en principio parece pretender un mínimo estatal y que por lo tanto tendría que imponer medidas regulares de acceso a ella en todo el territorio del estado. Pero, como hemos visto, los procedimientos autonómicos son en muchos casos bien diferentes. De manera, que la aplicación de los baremos no responde a unos criterios uniformes sino que es una práctica que realizan órganos bien diferentes, que en unos casos están formados por titulados superiores y en otros por titulados medios, que siguen procedimientos que van desde la valoración interdisciplinaria hasta la evaluación unipersonal, que proponen desde el reconocimiento domiciliario hasta el reconocimiento en centro y que en algunas autonomías son órganos generales de valoración de la dependencia mientras que en otras son equipos específicos y especializados que compaginan su práctica asistencial con la función de filtro en el acceso al sistema de prestaciones.

A la incoherencia de todo este planteamiento se añaden las dificultades procesales que genera la obligatoriedad de realizar revisiones de la situación de dependencia cada 6 meses, una exigencia que parece excesiva y perjudicial para las familias, teniendo en cuenta las circunstancias de duelo, estrés y extrañamiento que suelen vivir la mayoría de ellas cuando afrontan la crianza de un hijo con discapacidad. La

intención, en nuestra opinión acertada, de no fijar definitivamente el reconocimiento de dependencia en los menores de tres años se distorsiona al obligar a las familias a un verdadero calvario de revisiones.

6. CONCLUSIONES

En lo que se refiere al aspecto técnico de discriminación de la población diana de Atención Temprana el estudio muestra la necesidad de realizar una nueva aproximación y validación de los baremos aplicables para el reconocimiento de la dependencia en las etapas 0-3 y 3-6, ya que podrían no cumplir de una manera adecuada, en particular el BVD, con lo que parece ser la voluntad expresada por los legisladores en la disposición adicional decimotercera de la Ley 39/2006, en la cual se dispone el establecimiento de un sistema que facilite la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal de los niños y niñas de 0-3 años mediante una identificación idónea de las problemáticas evolutivas. El filtro que ofrecen los baremos podría estar dejando fuera del sistema a niños tanto o más dependientes que otros beneficiarios en términos de exigencia cotidiana para sus familias y cuidadores, generando de hecho una situación de desigualdad.

La definición de la Atención Temprana como una prestación de “promoción de la autonomía personal” a los ya reconocidos como dependientes pero no de prevención de la dependencia grado I abre una división que podría llevar a excluir o dificultar el acceso a la Atención Temprana de niños que precisamente la necesitan para no ser dependientes en un inmediato futuro, lo que implicaría unos costes enormes en términos de rentabilidad social, económica y educativa, como múltiples estudios se han encargado de demostrar⁸. Y recreando situaciones ya superadas como las que en su día generó la exigencia de un certificado de discapacidad para acceder a la prestación de estimulación precoz. La sombra del copago e incluso del pago para aquellos niños que no acrediten dependencia produciría un retroceso histórico en la consideración de la Atención Temprana, que dejaría de ser un “derecho subjetivo” de todos los niños y que tendría unos efectos excluyentes muy negativos para los problemas evolutivos de origen psicosocial

Sin dejar de prestar atención al retroceso que podría generarse a partir de este

⁸ *Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise* by Lynn A. Karoly, M. Rebecca Kilburn, and Jill S. Cannon, MG-341-PNC, 2005, 200 pages, RAND Corporation (2005)

escenario es necesario señalar que, hasta la fecha, la respuesta ofrecida por las administraciones públicas, en el terreno autonómico, resulta ejemplar. A pesar de que, según nos manifiesta la encuesta, la diversidad de procedimientos puede derivar en un debilitamiento de las garantías personales de niños y familias para acceder a sus derechos, es una satisfacción comprobar que todas las Comunidades Autónomas que han legislado con posterioridad a la Ley 39/2006 han establecido medidas adicionales de garantía desde la propia Comunidad Autónoma, para dar una cobertura accesible, gratuita y de calidad a todos los niños y niñas que precisan Atención Temprana reconociendo, como señala Alonso Seco⁹ que:

1. El ámbito de la Atención Temprana es más amplio que el de la dependencia
2. La detección precoz de discapacidades y trastornos en el desarrollo, así como los distintos tratamientos de Atención Temprana, no debe circunscribirse sólo a los parámetros presentes en la Ley 39/2006.
3. La normativa autonómica no debe restringir el acceso a la Atención Temprana sólo a situaciones de dependencia en niños menores de 6 años con discapacidad o trastornos en el desarrollo.

Las cautelas manifestadas hasta la fecha por las CCAA que han tenido oportunidad de legislar sobre Atención Temprana, parecen responder a esa o semejantes preocupaciones.

En todo caso sería recomendable que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptará sin más dilación, tal y como vienen reclamando el CERMI y esta Federación de Profesionales, un plan integral de atención para los menores de 3 años en situación de dependencia, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar Atención Temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

⁹ *Apoyos y obstáculos de la nueva normativa político-social para la atención temprana.* Alonso Seco. Simposium SIPOSO 3 Junio 2011

ANEXO 1: CUESTIONARIO ATENCION TEMPRANA Y DEPENDENCIA

CUESTIONARIO ATENCION TEMPRANA Y DEPENDENCIA

CC.AA:
Nombre de quién lo cubre:
Cargo:

- Como Vd. sabe la Ley de Dependencia LAAD, establece tres grados (I moderada, II severa, III gran dependencia) y dos niveles (1,2) de dependencia por cada grado, I1, I2, II1, II2, III1, III2, en función de la necesidad de menos o más apoyos.

- El reconocimiento de la "situación de dependencia" da derecho a una serie de prestaciones económicas y servicios, entre ellos, desde 2011, el "servicio de Atención Temprana" para los menores de 0-6 años reconocidos como dependientes en grado 1.

- Este reconocimiento de la "situación de dependencia" se hace aplicando dos baremos, el EVE (Escala de Valoración Específica de 0 a 3 años) y el BVD (Baremo de Valoración Dependencia) para los niños de 3 a 6 años, pero en cada CC.AA el procedimiento es diferente.

1.- *¿Podría decirnos quién/quienes aplican el EVE en su CC.AA?*

2.- *¿Podría decirnos en qué lugar se hace el reconocimiento?*

3.- *¿Podría decirnos si se hacen revisiones cada seis meses como marca la Ley en los menores de 3 años?*

- En el reconocimiento de las "situaciones de dependencia" el solicitante debe aportar una solicitud acompañada de un informe social y un informe de las condiciones de salud.

4.- *¿Podría decirnos si aportar esos informes es preceptivo en los menores de 0 a 6 años?*

5.- *¿Sabe o podría informarse, de si en su CC.AA hay algún tipo de acuerdo de coordinación sociosanitaria para facilitar los trámites de valoración de los niños de 0 a 6 años?*

6.- *En caso positivo, ¿puede describirlo brevemente?*

7.- *¿Sabe o podría informarse, de si en su CC.AA, los CDIAT o los servicios de Atención Temprana colaboran de alguna manera en los trámites, información o valoración de la dependencia de 0 a 6 años?*

8.- *En caso positivo, ¿puede describirlo brevemente?*

9.- *¿Sabe o podría informarse, de si en su CC.AA se ha informado o formado a los profesionales de los CDIAT o a los servicios de neonatología o pediatría de que niños pueden tener derecho a ser reconocidos en "situación de dependencia"?*

- El derecho al servicio de Atención Temprana para los niños en "situación de dependencia grado 1" es un derecho que está en vigor desde principios del 2011.

10.- *¿Sabe o podría informarse de si en su CC.AA se ha reconocido el servicio de Atención Temprana a algún niño? ¿A cuántos?*

11.- *¿Sabe o podría informarse, de cuál es la previsión de la CC.AA para atender el derecho de los niños de 0 a 6 años "en situación de dependencia" a ese servicio?*

- La Atención Temprana, hoy en día, abarca a más niños que a los que están en situación de dependencia.

12.- *¿En su CC.AA la Atención Temprana es un derecho?*

13.- *¿Es gratuita? ¿Hay copago?*

14.- *¿Está definida la edad y características de los niños que tienen derecho o asisten a Atención Temprana?*

15.- *¿Quién o quienes valoran y reconocen que un niño tiene ese derecho?*

16.- ¿En virtud de qué norma?

- Para finalizar

17.- ¿Sabe o podría informarse de cuántos niños de 0 a 6 años (sin cumplir 6) había en su CC.AA a 3-12-2010?

18.- ¿Sabe o podría informarse, de cuántos niños nacieron el último año en su CC.AA?

19.- ¿Sabe o podría informarse, de cuántos niños de 0 a 6 años, han sido reconocidos en situación de dependencia hasta la fecha?

- Muchas gracias por las contestaciones y el tiempo dedicado.

Firmado

ANEXO II: INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. Tabla 1: Resumen de procedimientos de reconocimiento de la dependencia	23
2. Tabla 2: Datos de población y reconocimientos realizados en las CC.AA.....	37
3. Gráfico 1: Porcentaje de dependientes según grado en el estudio preliminar.....	39
4. Tabla 3: Situación legal en reconocimiento de dependencia.....	41
5. Tabla 4: Muestra de casos del estudio preliminar y su relación con el reconocimiento de la dependencia.....	41
6. Tabla 5: Muestra de casos del estudio preliminar, grado de dependencia y problemáticas evolutivas.....	45
7. Tabla 6: Muestra de casos del estudio preliminar, diagnósticos y áreas de puntuación en el eve-bvd.....	48

