

ESTUDIO 1. DIAGNÓSTICO SOBRE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Inypema Living Lab de Innovación Social

Clínica Universitaria INYPEMA de la Facultad Padre Ossó



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU

UN PROYECTO DE

Clínica Universitaria Inypema de la Facultad Padre Ossó
Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias

AUTORÍA

Jose Antonio Prieto Saborit	Decano
Jose Antonio Llosa Fernández	Director de proyecto
Estibaliz Jiménez Arberas	Coordinadora académica
Sara Menéndez Espina	Investigadora principal
Sergio Rodríguez Menéndez	Coordinador clínico
Alba Fernández Méndez	Investigadora
Yara Casáis Suárez	Investigadora

COPARTÍCIPES

Asociación de padres y amigos de cardiopatías congénitas
COCEMFE Asturias
Colegio Oficial de diplomados en Trabajo Social y AASS de Asturias
Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias
Colegio Profesional de la Educación Social del Principado de Asturias
Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias
Fundación ALPE Acondroplasia
Fundación Padre Vinjoy
Máster de Formación Permanente en Atención Temprana . Universidad de Oviedo

EQUIPO TÉCNICO

Sandra Campo Gómez Terapeuta Ocupacional.
Laura García García Terapeuta Ocupacional
María Muñiz Fernández Psicóloga
Gonzalo Prieto Cristóbal Fisioterapeuta
Irene Pérez Díaz Terapeuta Ocupacional
Paula Robles Martínez Logopeda

EQUIPO DE APOYO

Esteban Borrás Cernuda Administración
Samuel Borrás Cernuda Gerencia
Marta Cotarelo Presno Administración
Eva Rodríguez González Gestión
Lucía Rodríguez Álvarez Comunicación

AGRADECIMIENTOS

A las unidades de Atención Temprana del Principado de Asturias
A los niños y niñas participantes y sus familias

Con la financiación de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, en el marco del Proyecto Texu, con cargo a los fondos provenientes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia (MRR) de la Unión Europea.

Contenido

Listado de acrónimos.....	5
Glosario de tablas.....	6
Glosario de figuras.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
Qué es este documento.....	10
Objetivos.....	11
Recorrido histórico.....	11
Contextualización.....	14
Definición y objetivos de la Atención Temprana.....	26
METODOLOGÍA.....	29
Revisión sistemática.....	30
Revisión documental.....	30
Metodología cuantitativa.....	31
Metodología cualitativa.....	35
MARCO CONCEPTUAL.....	43
Revisión Sistemática.....	44
Marco normativo.....	86
SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ASTURIAS.....	99
Estructura y modelo de la Atención Temprana en Asturias.....	108
Detección de casos desde los ámbitos sanitario, servicios sociales y educación.....	112
Fases de acceso a las Unidades de Atención Temprana.....	116
Funcionamiento interno de las UAIT.....	118
Evaluación del servicio.....	120
Datos de Servicios y cobertura de la Atención Temprana en Asturias.....	123
GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	131
Coordinación entre los distintos niveles.....	133
ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN TRES COMUNIDADES AUTÓNOMAS: PRINCIPADO DE ASTURIAS, PAÍS VASCO Y CANTABRIA.....	141
País Vasco.....	143
Cantabria.....	154
Análisis comparativo de modelos.....	156

ESTUDIO CUANTITATIVO	161
Número de casos atendidos en las UAIT	163
Origen de la demanda para el acceso a las UAIT	165
Origen de la derivación a las UAIT	166
Motivo de consulta o demanda en las UAIT	167
Perfiles de los niños y niñas atendidos en las UAIT	169
Tiempos de espera promedio para el acceso a las UAIT en el periodo 2017-2022	171
Número de niños atendidos por las UAIT según tipología	177
Comparativa intergrupo. N° de menores que ingresan en las UAIT según grupo etario	181
Número de niños atendidos según motivo de derivación	184
Tipología de trastornos atendidos en las UAIT en el 2022	186
Tipología de los factores de riesgo atendidos en las UAIT	187
Edades de los progenitores de los niños atendidos en las UAIT (2013-2022)	192
Número de sesiones facilitadas en las UAIT según tipología en el periodo 2018-2022	193
Promedio de horas trabajadas según figura profesional	196
Número de reuniones de coordinación con otros agentes	199
Valoración general de los servicios e instalaciones de las UAIT	201
ESTUDIO CUALITATIVO	204
Análisis eje 1: Características de la población	207
Análisis eje 2: capacidad de atención del sistema	212
Análisis eje 3: capacidad de coordinación	223
Análisis eje 4: Propuestas de mejora	226
PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL SISTEMA DETECTADOS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	
230	
En cuanto a la población atendida y sus características	231
En cuanto al funcionamiento del sistema	232
En cuanto a la coordinación	235
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	238
Aspectos clave en la evolución del sistema	239
Desarrollo de medidas específicas de alcance integral	241
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	261

Listado de acrónimos

- AAP: American Academy of Pediatrics.
- AIT: Atención Infantil Temprana.
- AL: Profesores especializados en Audición y Lenguaje.
- ASPACE: Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral.
- CA: Categoría.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CDN: Convención de los Derechos del Niño.
- CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- CRE: Centros de Recursos Educativos.
- EIAT: Equipos de Intervención en Atención Temprana.
- EVAT: Equipos de Valoración de Atención Temprana.
- IATYS: Instituto de Atención Temprana y Seguimiento.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- NEE: Necesidades Educativas Especiales.
- OBSERVASS: Observatorio de Servicios Sociales.
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- ONCE: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- PADAI: Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil.
- PAP: Plan de Atención Personalizado.
- PT: Pedagogía Terapéutica.
- SADEI: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales .
- SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- SMS: Servicio de mensajes cortos.
- TEA: Trastorno del Espectro Autista.
- UE: Unión Europea.
- WOS: Web of Science.

Glosario de tablas

Capítulo 1:

Tabla 1: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 0 a 9 años.

Tabla 2: Tipos de limitación más frecuentes según grupos de edad en población del Principado de Asturias.

Capítulo 2:

Tabla 3: Subdivisiones de los bloques de información

Tabla 4: Categorías seleccionadas para el análisis estadístico

Tabla 5: Ejes y categorías de análisis de las entrevistas en profundidad

Tabla 6: Niveles de discurso articulados y perfiles participantes

Tabla 7: Esquemmatización del proceso metodológico del Proyecto Living Lab

Capítulo 3:

Tabla 8: Registro de extracción y descripción de los estudios revisados.

Tabla 9 :Nivel de evidencia y grado de recomendación según SIGN.

Capítulo 4:

Tabla 10: Número de menores atendidos según sexo en las diferentes cabeceras de las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias en el 2021.

Tabla 11: Número de sesiones medias por menor y cifras absolutas de sesiones totales en las diferentes cabeceras de las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias en el 2021.

Tabla 12: Densidad de población infantil atendida de 0 a 6 años en el servicio de AIT con respecto al número de niños censados en las comunidades autónomas de España.

Tabla 13: Densidad de población infantil atendida de 0 a 6 años en el servicio de AIT con respecto al número de niños censados de 0 a 9 años en el Principado de Asturias (2022)

Capítulo 5:

Tabla 14: Órganos responsables actualmente: composición, competencias y frecuencia de reuniones. Fuente: elaboración propia.

Capítulo 6:

Tabla 15: Análisis comparativo de la respuesta atención temprana en Asturias, Cantabria y País Vasco.

Capítulo 7:

Tabla 16: Número de casos atendidos en función de la tipología del centro (2013-2022)

Tabla 17: Datos promedio sobre el origen de la demanda según la tipología de la UAIT

Tabla 18: Datos promedio sobre el origen de la derivación según la tipología de la UAIT

Tabla 19: Número de casos relativos según motivo de demanda en el periodo 2013-2022

Tabla 20: Número de casos según grupo etario en el periodo 2013-2022

Tabla 21: Número de casos según el tiempo de espera para el acceso a UAIT en el periodo 2017-2022

Tabla 22: Número de días promedio para el acceso a UAIT en el periodo 2017-2022 según tipo de servicio

Tabla 23: Número de casos atendidos según tipo de servicio en el periodo 2018-2022.

Tabla 24: Número de niños atendidos en las UAIT generalistas según la distribución de áreas sociosanitarias (2018-2022)

Tabla 25: Total de niños atendidos en las Unidades de Atención Infantil específicas según la distribución de áreas sociosanitarias IV y V (2018-2022).

Tabla 26: Número de niños que acceden a las UAIT según grupo etario (2013-2022)

Tabla 27: Número de niños atendidos según motivo de derivación (2013-2022)

Tabla 28: Número de sesiones facilitadas en las UAIT específicas según tipo de servicio (2018-2022)

Tabla 29: Número de sesiones facilitadas en las UAIT generalistas según tipo de servicio (2018-2022)

Tabla 30: Promedio de horas dedicadas a cada tipo de servicio según área sociosanitaria (2013-2022)

Tabla 31: Número de reuniones de coordinación con agentes externos

Tabla 32: Promedio total de valoraciones generales realizadas por las familias sobre 10 puntos.

Tabla 33: Promedio total de valoraciones generales realizadas por los trabajadores de las UAIT

Glosario de figuras

Capítulo 1:

Figura 1: Evolución de la Atención Infantil Temprana en España.

Figura 2: Prevalencia de limitación de actividades por problema de salud según sexo en edades comprendidas entre 0 y 4 años.

Figura 3: Prevalencia de limitación de actividades por problema de salud por grupo etario

Figura 4: Tipo de problema de salud que limita las actividades de la vida cotidiana por grupo de edad (%) en los últimos 6 meses

Figura 5: Población con discapacidad por CCAA en los años 2008 y 2020

Figura 6: Limitación durante los últimos 6 meses debido a un problema de salud por sexo y grupos etarios.

Figura 7: Prevalencia de causa de limitación debido a problema de salud por grupo etario en la población del Principado de Asturias.

Capítulo 2:

Figura 8: Diagrama de flujo del número de informes técnicos obtenidos.

Figura 9: Relación entre los diferentes ejes y categorías de análisis

Figura 10: Distribución de los niveles de discurso para la elaboración del muestreo de las entrevistas

Capítulo 3:

Figura 11: Diagrama de flujo para la identificación de nuevos estudios a través de bases de datos y registros según PRISMA.

Figura 12: Territorio geográfico donde se han realizado, a nivel mundial, las investigaciones seleccionadas para esta investigación

Figura 13: Representación de las cinco temáticas emergentes de los estudios incluidos en esta revisión sistemática.

Figura 14: Tendencia del número de publicaciones en *Web of Science* que incluyen el término "mHealth" en el título en el periodo 2014-2022.

Capítulo 4:

Figura 15: Mapa asturiano de Servicios Sociales de Asturias organizado en 8 áreas sociosanitarias.

Capítulo 7:

Figura 16: Evolución del número de casos (2013-2022)

Figura 17: Datos promedio según el motivo de demanda en el periodo 2013-2022.

Figura 18: Evolución de los diferentes grupos etarios en el periodo 2013-2022

Figura 19: Evolución del número de casos según el tiempo de espera para el acceso a UAIT (2017-2022)

Figura 20: Evolución del tiempo de espera para el acceso a la UAIT según tipo de servicio

Figura 21: Evolución del número de casos según tipo de servicio 2018-2022

Figura 22: Evolución del número de casos en las UAIT generalistas dependiente del área sociosanitaria

Figura 23: Evolución del número de casos en las UAIT específicas según áreas sociosanitarias IV y V

Figura 24: Comparación de la evolución del número de niños atendidos en las UAIT generalistas y específicas (2013-2022)

Figura 25: Evolución del número de niños atendidos en UAIT según franja etaria

Figura 26: Evolución de los diferentes motivos de consulta (2013-2022)

Figura 27: Promedio de los tipos de trastorno atendidos en las UAIT en el 2022

Figura 28: Distribución del total de factores de riesgo.

Figura 29: Evolución del número de niños atendidos por factores biológicos (2013-2022)

Figura 30: Evolución del número de niños atendidos por factores familiares (2013-2022)

Figura 31: Evolución del número de niños atendidos por factores ambientales (2013-2022)

Figura 32: Distribución promedio de la edad de los progenitores (2013-2022)

Figura 33: Evolución de los servicios facilitados en las UAIT específicas (2018-2022)

Figura 34: Evolución de los servicios facilitados en las UAIT generalistas (2018-2022)

Figura 35: Promedio de horas semanales dedicadas a cada tipo de servicio según área sociosanitaria (2013-2022)

Figura 36: Promedio total de horas dedicadas a coordinación según el tipo de agente externo.

Figura 37: Evolución del grado de satisfacción de las familias en cuanto a la cantidad de tratamientos y servicios y las instalaciones de la UAIT

Capítulo 9:

Figura 38: Distribución de los niveles de discurso para la elaboración del muestreo de las entrevistas

Figura 39: Distribución de las propuestas formuladas en el documento.

Figura 40: Estructura de niveles en la organización en el marco de las políticas sociales.

Figura 41: Análisis de los mecanismos de coordinación planificados en el proyecto de decreto de Atención Temprana en Asturias.

INTRODUCCIÓN

- **Qué es este documento**
- **Objetivos**
- **Recorrido histórico**
- **Contextualización**
- **Definición y objetivos de la Atención Temprana**

Qué es este documento

El presente documento tiene por finalidad principal sistematizar los datos existentes sobre prevalencia, servicios y organismos de asesoramiento, gestión e intervención en Atención Temprana, y de esta forma conocer el estado de la Atención Temprana en Asturias, respondiendo al objetivo general que es conocer el estado de la Atención Temprana en Asturias para ofrecer propuestas de mejora en el acceso de la población infantil a los recursos y servicios disponibles

Objetivos

En el marco del proyecto Inypema Living Lab de Innovación Social, este informe se corresponde con el producto relativo a (II) Investigación sobre el estado de la Atención Temprana en Asturias. Esta investigación plantea como objetivo general en el proyecto:

II.OG. Conocer el estado de la atención temprana en Asturias, para ofrecer propuestas de mejora en el acceso de la población infantil a los recursos y servicios disponibles. A su vez, presenta los siguientes objetivos específicos:

Los objetivos que se plantean son los siguientes:

- II.OE1. Recoger el marco estratégico y normativo con impacto en la Atención Infantil Temprana, así como los retos y reenfoques que se plantean a futuro.
- II.OE2. Realizar un análisis de la prestación actual de este servicio en Asturias y de las Actuaciones vinculadas con la atención temprana desde el ámbito público y privado.

- I3.OE3. Ofrecer una propuesta de aproximación sobre las fórmulas más adecuadas para la prestación de la atención temprana

Recorrido histórico

Desde una perspectiva histórica, el ámbito de intervención en la Atención Infantil Temprana (AIT) ha sido estudiada desde el campo de la neurología evolutiva, la psicología del desarrollo y la psicología del aprendizaje. Las fechas en las que podría situarse el inicio y el final del proceso de recepción de la Estimulación Precoz en España se pueden establecer entre 1973 y 1980 (Figura 1) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Inicialmente, en el año 1974 se crea la primera Unidad de estimulación precoz, en la Maternidad de Santa Cristina (Hospital Gregorio Marañón), seguida por la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Clínica Universitaria de Navarra. En 1979 se funda, desde el ámbito institucional de Servicios Sociales, el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM). Este Servicio, además, sirve de impulso para la creación de

Equipos Profesionales formados en la materia, asimismo crean la figura de Estimulador Precoz en todos los Centros Base de Atención a Minusválidos de España. Se instaura un sistema de subvenciones, tanto institucionales como individuales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En 1980, las asociaciones de padres desempeñan un papel importante en la implantación de la Atención Temprana en España; con lo que, a partir de este año, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Gobierno de España crea un Plan de Ayudas para los tratamientos. En este momento, la atención a la primera infancia se daba a través de los Equipos de Estimulación Precoz. Dentro de estos equipos se incluía a cualquier profesional con estudios mínimos de tres años de titulación universitaria, es decir, cualquier profesional de la salud con conocimientos sobre el estímulo y promoción del desarrollo infantil frente a trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos. El año siguiente, en 1981, los Equipos de

Estimulación Precoz se encontraban integrados como unidades funcionales en los Centros Base, mediante la modalidad de tratamiento ambulatorio, en coordinación más o menos eficaz con los servicios de Neonatología y Pediatría en los hospitales, centros de Educación Infantil y con participación de las familias (Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, 2020; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

A partir de 1982, se contempla la atención educativa precoz en el Real Decreto de Ordenación de la Educación Especial (Ministerio de Educación y Ciencia, 1985).

El primer programa sectorial de Estimulación Precoz gestionado por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales se constituye en 1985, sin embargo, no es hasta 1990 cuando se crean los Equipos de Atención Temprana y Equipos Especializados de Apoyo (Ministerio de Educación y Ciencia, 1985; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)

Figura 1

Evolución de la Atención Infantil Temprana en España

1974	Primera Unidad de Estimulación Precoz creada en Madrid en la Maternidad Santa Cristina, seguida por la Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz de la Clínica Universitaria de Navarra.
1979	Desde el ámbito institucional de Servicios Sociales fue el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM). Este servicio sirve además de impulso para la creación de Equipos Profesionales formados en la materia y crean la figura de Estimulador Precoz en todos los Centros Base de Atención a Minusválidos de España. Se insta un sistema de subvenciones tanto institucionales como individuales.
1980	Las asociaciones de padres desempeñaban un papel importante en la implantación de la Atención Temprana en España. Con lo que a partir de este año el INSERSO crea un Plan de Ayudas para los tratamientos.
1981	Los Equipos de Estimulación Precoz se encontraban integrados como unidades funcionales en los Centros Base, mediante la modalidad de tratamiento ambulatorio, en coordinación con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales, centros de Educación Infantil y con participación de las familias. En el ámbito sanitario institucional, desde los Equipos de Rehabilitación, Pediatría y Neonatología se desarrollan intervenciones dirigidas a niños prematuros o con signos de deficiencia física y psíquica.
1981	Los Equipos de Estimulación Precoz se encontraban integrados como unidades funcionales en los Centros Base, mediante la modalidad de tratamiento ambulatorio, en coordinación con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales, centros de Educación Infantil y con participación de las familias. En el ámbito sanitario institucional, desde los Equipos de Rehabilitación, Pediatría y Neonatología se desarrollan intervenciones dirigidas a niños prematuros o con signos de deficiencia física y psíquica.
1982	Se contempla la atención educativa precoz en el Decreto de Ordenación de la Educación Especial.
1985	Se constituye el primer programa sectorial de Estimulación Precoz gestionado por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.
1990	Se crean los Equipos de Atención Temprana y Equipos Especializados de Apoyo.

Atendiendo al recorrido histórico mostrado anteriormente, cabe destacar que se ha impulsado considerablemente el desarrollo de la AIT en los últimos años. Esto se debe, fundamentalmente, al aumento de casos detectados de menores con dificultades en el desarrollo debido no solo a una mayor concienciación y por lo tanto una mayor detección de problemas en el desarrollo, sino también a la mejora e innovación en pruebas de cribado y valoración neonatal. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Contextualización

El desarrollo infantil es un proceso de continuo cambio a través del cual los niños progresan desde un estado de dependencia de todos sus cuidadores en todas las áreas de funcionamiento hacia un desarrollo y nivel de independencia en la segunda infancia (edad escolar), adolescencia y adultez. En ese proceso se adquieren habilidades en varias funciones relacionadas con componentes sensorial-motor, cognitivo, comunicacional y socioemocional. El desarrollo de estas funciones está marcado por una serie de fases o hitos

tipificados que implican el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender las más complejas (Organización Mundial de la Salud & UNICEF, 2013).

El desarrollo infantil es fruto de la interacción de factores de distinta índole. Los factores genéticos y ambientales están interrelacionados, no solo en la etapa prenatal, sino también después del nacimiento y durante toda la vida del individuo. Es decir, la relación entre el desarrollo de las funciones mencionadas anteriormente con el medio en el que se desarrolla ocurre durante las primeras etapas vitales y es un proceso coincidente con la ventana terapéutica que ofrece la neuroplasticidad evolutiva.

En este sentido, la neuroplasticidad se entiende como la potencialidad del sistema nervioso de modificarse para formar conexiones nerviosas en respuesta a información nueva proveniente tanto del propio cuerpo como del ambiente externo y que ocurre, generalmente, en contextos de desequilibrio o afectación del organismo debido a factores internos y/o externos. Este potencial de adaptación y desarrollo cerebral da soporte científico a los

fundamentos éticos, jurídicos y sociales de la AIT. En consecuencia, el futuro de los niños con alguna alteración en el desarrollo depende de la detección precoz de dichas alteraciones, así como una adecuada intervención que fomente el buen desarrollo (Broderick & Hundley, 2022; Denis et al., 2022; Harris, 2016). La neuroplasticidad y la AIT confluyen en la importancia de la celeridad en el abordaje de alteraciones de desarrollo y del seguimiento de los casos que están en riesgo de padecerlas con el fin de maximizar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas a nivel biológico, educativo y social según el contexto en el que se encuentre (Arnedo Montoro, Marisa et al., 2020; Kolb et al., 2017).

Tanto es así, que el trascurso de los años ha demostrado la eficacia evolutiva, educativa y psicosocial a corto, medio y largo plazo de la AIT, e incluso la rentabilidad a largo plazo (Tinelli et al., 2023). Las inversiones en la maximización de oportunidades en el entorno durante la primera infancia, así como en la calidad de cuidados que reciben los niños y niñas en esta etapa representan la piedra angular del desarrollo humano y son

esenciales para el progreso de la sociedad (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2018).

Según el análisis realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2020, los datos concluyen que, en España, 65,9 miles de menores en edades comprendidas entre los dos y cinco años tienen algún tipo de limitación, lo que supuso una tasa de 39,6 por cada mil. Teniendo en cuenta la variable sexo, el 65,4% son niños (50,3 por cada mil) y el 34,6% niñas (28,2 por cada mil). Respecto al tipo de limitación, la más frecuente fueron los problemas de comunicación afectando a 37,3 de cada 1.000 niños y a 17,9 por cada 1000 niñas, seguido de problemas en la interacción y relaciones sociales, así como de limitaciones en el aprendizaje. (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

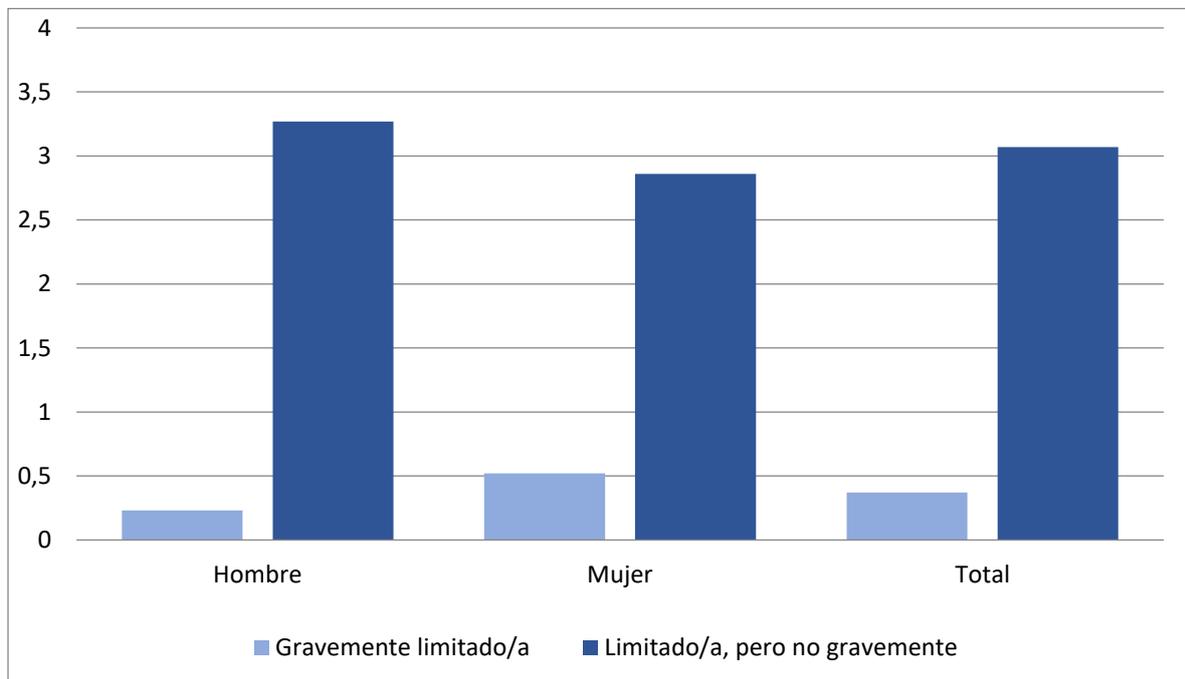
A su vez, un 3,47% de la población infantil en edades comprendidas entre los 0 y 4 años presenta alguna limitación para participar en actividades propias de su edad, siendo un 0,37% de estas considerada como grave. Atendiendo a estas cifras, la prevalencia de menores con alguna limitación es más alta en niños

(3,27%) que en niñas (2,86%), aunque esto cambia cuando hablamos de limitaciones graves, donde la tasa de niñas es superior a la de niños (0,52% frente a 0,23%) (Figura 2). Cabe señalar que lo más habitual en estas edades es la ausencia de limitación en actividades por problemas de salud (96,55%) (Dirección General de Salud Pública, 2017; Instituto Nacional de Estadística, 2020).

En el caso del Principado de Asturias, en términos de limitación y manteniendo la nomenclatura de la propia fuente, se observa una menor frecuencia en el grupo etario de los niños y niñas de 0 a 2 años de edad (5,4%). Posteriormente este porcentaje aumenta entorno a los 3-5 años hasta alcanzar casi el 8% (Figura 3) (Dirección General de Salud Pública, 2017)

Figura 2

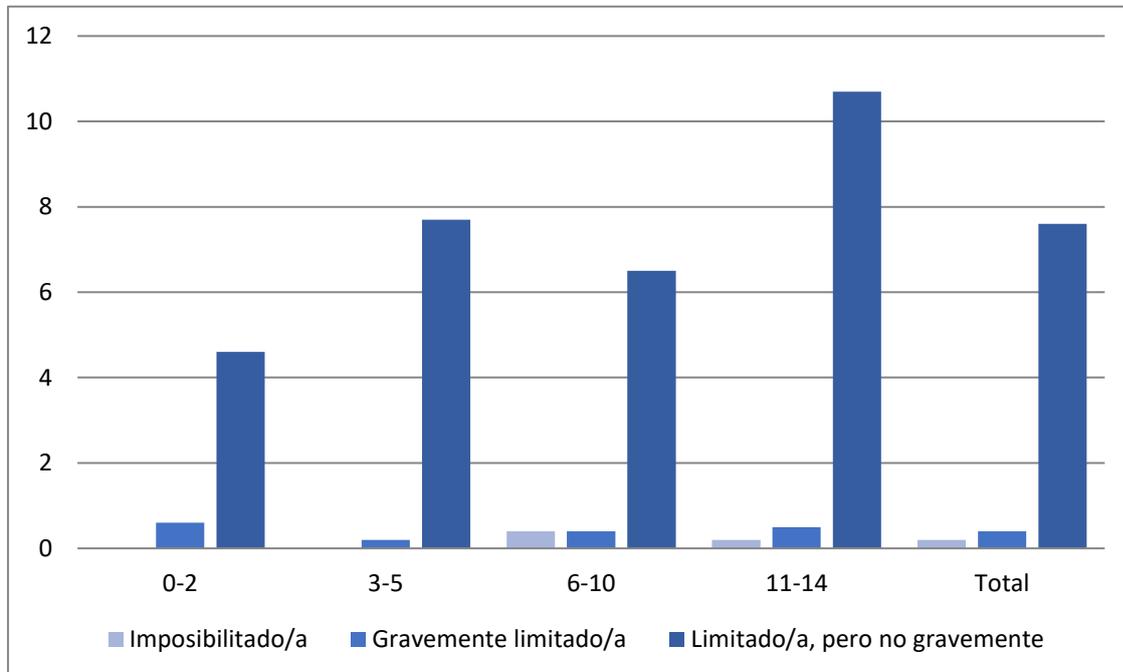
Prevalencia de limitación de actividades por problema de salud según sexo en edades comprendidas entre 0 y 4 años.



Nota. Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Encuesta de Salud Pública del Instituto Nacional de Estadística (2017). Los datos que se muestran figuran en %.

Figura 3

Prevalencia de limitación de actividades por problema de salud por grupo etario en el Principado de Asturias (2017).



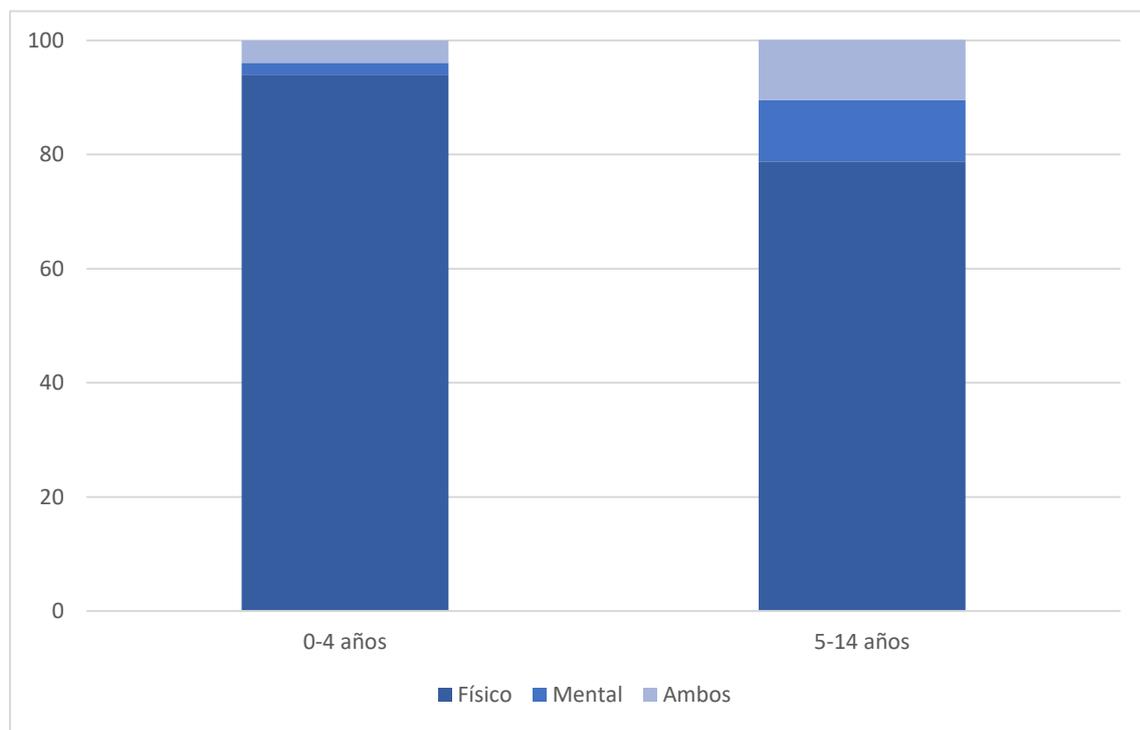
Nota. Elaboración propia a partir de datos extraídos de la II Encuesta de Salud Infantil para Asturias (2017). Los datos que se muestran figuran en %.

En relación al tipo de problema de salud y/o limitación que impacta negativamente sobre la ejecución de las actividades de la vida diaria, se toman como referencia dos grupos de edad: por un lado, de 0 a 4 años y, por otro lado, de 5 a 14 años. Se observa que las limitaciones en actividades cotidianas pueden deberse a un problema de salud física, mental o ambos. En lo relativo a una causa física, es la más prevalente en edades de 0-4 años (94%) y 5-14 años (78,8 %) (Ministerio de Sanidad, Consumo y

Bienestar Social, 2017a). Sin embargo, en relación con limitaciones cuya naturaleza es de índole mental, ambos grupos denotan valores mucho menores con respecto a los anteriores; 2,1%, en niños y niñas de 0 a 4 años y un 10,7% en niños de 5 a 14 años. Esa misma tendencia se mantiene en aquellos problemas de salud debido a ambas causas, con una diferencia de 3,9% en el grupo de 0-4 años y un 10,6% en el grupo de 5-14 años (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017a). (Figura 4)

Figura 4

Tipo de problema de salud que limita las actividades de la vida cotidiana en España por grupo de edad (%) en los últimos 6 meses.



Nota. Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Encuesta de Salud Pública del Instituto Nacional de Estadística (2017)

En relación con los problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses, se observan la prevalencia de trastornos de conducta, trastornos mentales y Trastorno del Espectro Autista (TEA), en dos grupos de edad: de 0 a 4 años y de 5 a 9 años.

En lo referido a trastornos de conducta, se da una representación de 0,38% niños y niñas de 0 a 4 años y un 2,27% en niños y niñas de 5 a 9 años. En cuanto a los trastornos mentales, el primer grupo tiene una representación del 0,11% y el segundo del 0,59%, evidenciándose valores menores en esta categoría.

En cuanto al TEA, los porcentajes de ambos grupos etarios no difieren de

forma significativa siendo 0,59% y 0,56% respectivamente. No obstante, si son tomados los datos absolutos de este diagnóstico, se observa que 5,3 mil son los menores afectados en edades de 0 a 4 y 13,6 mil en edades de 5 a 9 años. Esta diferencia seguramente esté motivada por el momento del diagnóstico, La American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda la detección sistemática del TEA entre los 18 y los 24 meses de edad (Busquets et al., 2018). Sin embargo, estudios estadounidenses recientes

indican que la edad media del diagnóstico se encuentra en 4 años. En este término, cabe destacar que estudios como el de Zwaigenbaum et al. (2009) apoyan la idea de que los casos más graves suelen ser diagnosticados precozmente respecto a los casos más leves de autismo, atendiendo a esto, es posible que los niños reclutados en ese estudio sean casos más leves por lo tanto más tardío diagnóstico (Tabla 1) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017b; Zwaigenbaum et al., 2009).

Tabla 1

Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población infantil según sexo y grupo de edad en España. Población de 0 a 9 años.

Tipo de trastorno	Niños		Niñas	
	0-4 a	5-9 a	0-4 a	5-9 a
	*Trastornos de conducta	5,5	41,8	2,7
*Trastornos mentales	1,2	7,5	2,4	2,0
Trastorno del Espectro Autista	4,1	12,8	1,3	0,8

*Nota. Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Encuesta de Salud Pública del Instituto Nacional de Estadística (2017), manteniendo su terminología y agrupación de los diferentes trastornos: *Trastornos de conducta (incluye hiperactividad), Trastornos mentales (depresión, ansiedad...)*

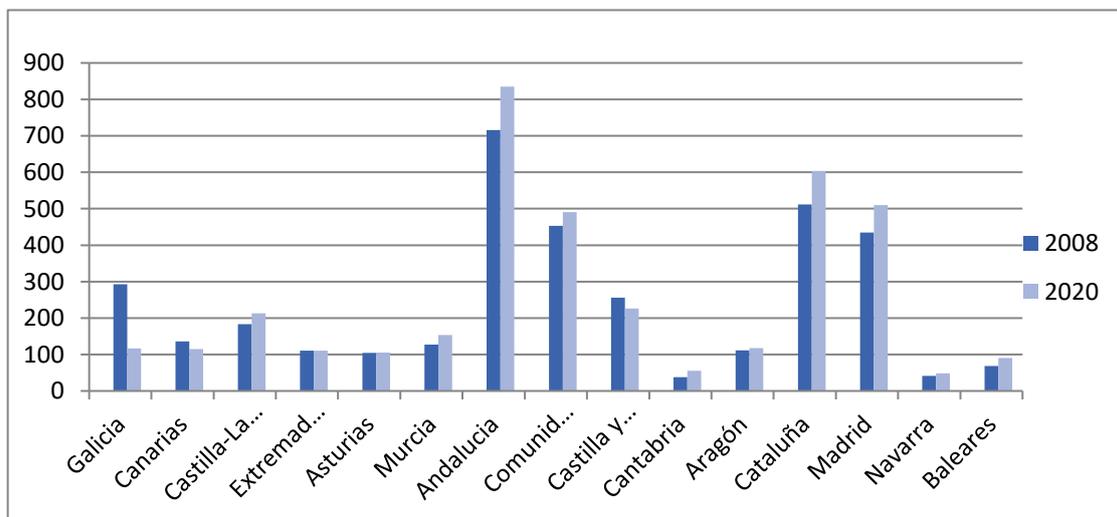
Observando las tendencias actuales en el contexto objeto de análisis, el Principado de Asturias, en relación a las tasas de discapacidad, tomando como referencia los datos recogidos en 2020 por comunidades autónomas (CCAA), se sitúa la cuarta con una tasa de discapacidad de 105,6 por cada 1000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Respecto a las comunidades vecinas se observa mucha disparidad, colocándose Galicia como la comunidad autónoma con mayor tasa de discapacidad (116,5 por cada 1000 habitantes) y Cantabria prácticamente en la media respecto al

total de CCAA con una tasa de 55 por cada 1000 habitantes. Si, además, se comparan estos datos con los recogidos en 2008, se observa que el número de personas con discapacidad por cada 1000 habitantes aumenta de 2008 a 2020 en todas las CCAA valoradas a excepción de Galicia, Canarias, Extremadura y Castilla y León. El Principado de Asturias, en este caso, es la comunidad que refleja menor variación, obteniendo una tasa de 104,5 por 1000 en 2008, y 105,6 por 1000 en 2020 (Figura 5) (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Figura 5

Población con discapacidad por comunidad



Nota. Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística. Unidades: miles de personas.

CLAVES:

El futuro de los niños con alguna alteración en el desarrollo depende de la detección precoz de dichas alteraciones.

La neuroplasticidad y la Atención Temprana confluyen en la importancia de la celeridad en el abordaje de alteraciones de desarrollo y del seguimiento de los casos que están en riesgo de padecerlos.

El trascurso de los años ha demostrado la eficacia evolutiva, educativa y psicosocial a corto, medio y largo plazo de la Atención Temprana, e incluso la rentabilidad a largo plazo.

En 1980, las asociaciones de padres desempeñan un papel importante en la implantación de la Atención Temprana en España y se crea un Plan de Ayudas para los tratamientos.

La Atención Temprana se ha impulsado en los últimos años debido al aumento de niños con dificultades de desarrollo.

La última encuesta de Salud Infantil de Asturias realizada por la Dirección General de Salud Pública data del año 2017 (Dirección General de Salud Pública, 2017). Esta encuesta se lleva a cabo mediante selección y análisis de muestras representativas. Para que los datos se pudieran tomar como referencia fue básico alcanzar una población muestral lo suficientemente amplia que permitiera obtener una buena precisión en las

estimaciones. Se recogieron un total de 2047 entrevistas válidas.

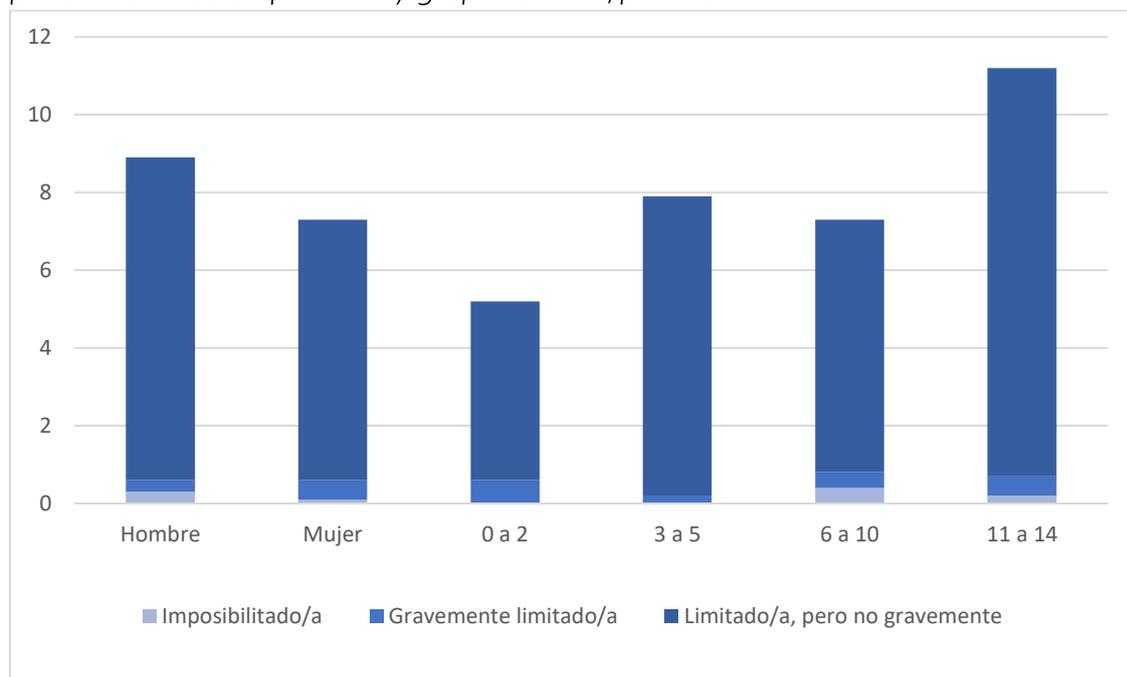
Posteriormente, en esta misma encuesta se analiza la presencia de limitaciones debidas a un problema de salud para realizar actividades que los niños habitualmente hacen (Dirección General de Salud Pública, 2017). Según los datos y haciendo uso de su terminología, un 8,1% de la población infantil presenta una

limitación para hacer actividades características de su edad durante al menos los últimos 6 meses. En este término y según el grupo etario, es menos frecuente haber tenido algún tipo de limitación, aunque no gravemente

incapacitante, en el grupo de los más pequeños: 0-2 años de edad (4,6%); y superior en el grupo de los 3-5 años (7,7%) y 6-10 años (6,5%) (Figura 6) (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Figura 6

Tasa porcentual sobre el grado de limitación durante los últimos 6 meses debido a un problema de salud por sexo y grupos etarios; población de Asturias.



Nota. Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la II Encuesta de Salud Infantil para Asturias (2017)

Atendiendo al tipo de lugar de residencia, se observa que es menos frecuente haber presentado alguna limitación en aquellos niños y niñas que viven en zonas rurales (5,2%), que los de la zona centro (7,9%). Sin embargo, en lo referido a limitaciones graves, son más frecuentes

en las cuencas mineras (0,8%) frente al resto de Asturias (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Dada la naturaleza del estudio de prevalencia de la II Encuesta de Salud Infantil de 2017, en el presente documento se toman datos acerca del tipo de

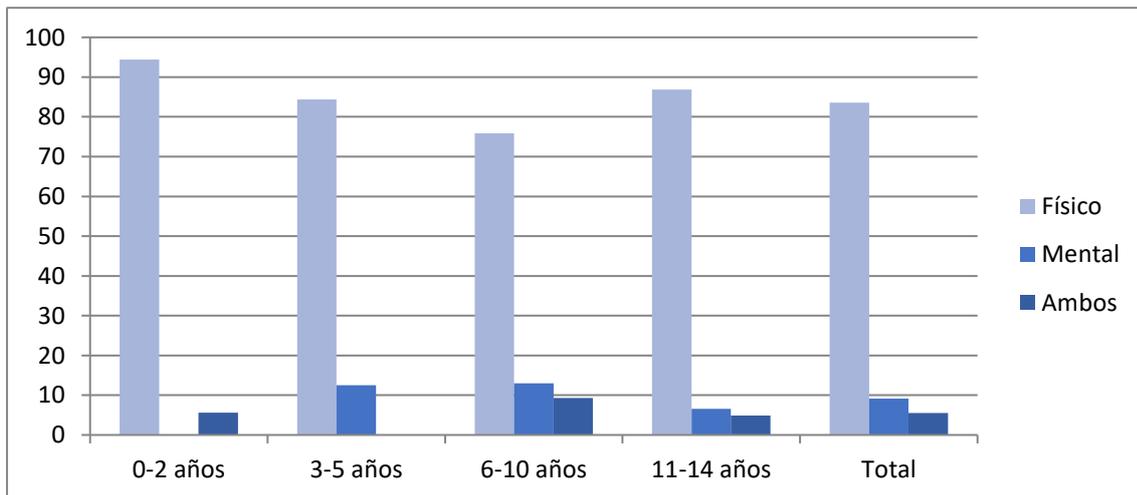
morbilidad crónica presente en la infancia observando que la patología crónica más frecuente es el asma (9,5%); seguido de las alergias crónicas (7,6%) y los problemas crónicos de la piel y otitis y amigdalitis de repetición (5,9% y 5,3% respectivamente). Dentro de la morbilidad de patologías crónicas, en esta encuesta se incluyen los trastornos de conducta derivados de trastornos del neurodesarrollo como hiperactividad, déficit de atención y/o TEA; la morbilidad de estos problemas de conducta en la

encuesta analizada es de 4,2% para los niños y 1,4% para las niñas; siendo el total de los sexos un 2,8% (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Atendiendo al tipo de limitación (física, mental o ambas) por grupo etario se observan limitaciones físicas más frecuentes en los niños y niñas de 0-2 años y las mentales se datan con más frecuencia en el grupo intermedio de 6-10 años (Figura 7) (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Figura 7

Prevalencia de causa de limitación debido a problema de salud por grupo etario en la población del Principado de Asturias.



Nota. Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la II Encuesta de Salud Infantil para Asturias (2017).

Según el tipo de lugar de residencia y siguiendo la terminología de la encuesta de salud infantil, las limitaciones que tienen su origen en una causa física se observan con más frecuencia en las zonas rurales (94,4%); sin embargo, este porcentaje disminuye en las cuencas mineras (75,9%). Las limitaciones originadas a raíz de un trastorno mental, por el contrario, es más frecuente en las cuencas mineras (13%) y menos en las zonas rurales (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Según las áreas sociosanitarias de residencia, las limitaciones debidas a causas físicas más frecuentes se encuentran en las Áreas I y II (Occidental y Cangas del Narcea), mientras que en el área de Mieres (VII) se reducen a la mitad.

Sin embargo, en relación a la limitación debida a causas mentales es más frecuente en el área de Mieres (VII) (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Atendiendo al tipo de limitación que experimentan los menores del Principado de Asturias, según la edad de los encuestados/as, se observa que las dificultades para ver se incrementan con la edad, llegando al 9,1% en los niños de entre 11-14 años. De igual forma, se observa una creciente dificultad para oír, presentando un 0,9% en los niños de 0-2 años y un 0,5% en los niños de 3-5 años. Posteriormente este porcentaje aumenta hasta el 1,8% en los niños de entre 11 y 14 años (Tabla 2) (Dirección General de Salud Pública, 2017).

Tabla 2

Tipos de limitación más frecuentes según grupos de edad en población del Principado de Asturias.

Tipo de limitación	Grupo etario				
	0-2	3-5	6-10	11-14	Total
Ver	0,6%	4,1%	6,0%	9,1%	5,5%
Oír	0,9%	0,5%	1,4%	1,8%	1,2%
Desplazarse	2,9%	0,7%	1,2%	0,5%	1,2%
Otros movimientos	2,0%	1,2%	1,1%	0,9%	1,2%
Cuidado personal (lavarse, vestirse...)	5,4%	0,7%	1,4%	1,3%	1,9%
Comunicación (hablar, leer, escribir)	3,7%	2,4%	2,7%	1,8%	2,6%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la II Encuesta de Salud Infantil para Asturias (2017).

Respecto al tipo de limitación encontrada en los niños en Asturias, la más frecuente fue la relativa a los problemas de comunicación

Definición y objetivos de la Atención Temprana

Actualmente, se asume de manera consensuada en todo el conjunto del territorio español el concepto de AIT según el Libro Blanco de Atención Temprana:

“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en el desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003, p. 12).

Según la evolución conceptual de este término, hay que contemplar actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, teniendo en cuenta a la familia, la comunidad y el entorno en el que el infante se desarrolla.

Según el concepto desarrollado en el Libro Blanco (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003), la Atención Temprana se entiende desde un modelo globalizador de atención que abarca tanto los aspectos intrínsecos (biológicos, psicosociales y educativos), como los extrínsecos relacionados con el entorno. Es decir, toma junto a las condiciones particulares de cada niña y niño, la relación con su entorno como principal marco para la intervención (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003). Como se ha observado en la trayectoria histórica de la Atención Temprana, la evolución de este servicio se ha visto marcada por la asunción de competencias transferidas desde la Administración Central a cada Administración Autónoma, teniendo en cuenta que la prestación del Servicio se puede enfocar desde la sanidad, educación y/o servicios sociales y derechos sociales.

En Asturias, la AIT se ha desarrollado a partir del ámbito de Servicios Sociales estando recogida en el Boletín Oficial del Principado de Asturias y siendo

encuadrada dentro del Catálogo de Servicios como un conjunto de actuaciones de carácter interdisciplinar de prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos del desarrollo del menor en proceso de crecimiento y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022).

La evolución teórico-práctica de la AIT tiene tres puntos clave que figuran en los planes y documentos normativos referentes hoy en día y son:

El desarrollo de un concepto de AIT a través del cual se contemple el servicio desde las tres esferas básicas para el desarrollo de la sociedad: salud, educación y derechos sociales. Esto implica a nivel funcional, una necesidad de relación entre los tres estamentos. De forma que se asegure la inclusión plena, así como la participación activa tanto del niño como de su familia en el seno de la sociedad.

El punto clave del cambio que se ha venido realizando reside en la intervención, de forma que, en un primer momento, la intervención se centraba primordialmente en el niño. Sin embargo,

en la actualidad, el enfoque es cada vez más amplio, centrándose no únicamente en el niño sino también en la familia y la comunidad.

Esto apoya la utilización de un enfoque ecológico-sistémico, que tiene en cuenta la visión del desarrollo evolutivo del niño de una forma holística, dinámica, transaccional, y única. Es decir, ofrece una forma sistemática de análisis, entendiendo y registrando lo que sucede a los niños y a las familias teniendo en cuenta que su desarrollo se encuentra estrechamente relacionado con el medio donde vive y sus experiencias en el entorno (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

De esta forma, los dos hitos que marcan la evolución de la AIT se encuentran relacionados, de manera que, para dar una atención al niño que tenga en cuenta la globalidad de su desarrollo y la interacción de este con el medio en el que vive, se debe partir de un abordaje desde el ámbito social, educativo y sanitario (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)

La evolución de la Atención Temprana se ha visto marcada por dos hitos:

- Una interacción entre la globalidad del desarrollo y el medio en el que vive.
- Un abordaje desde el ámbito social, educativo y sanitario

Según el Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales del Decreto 74/2022 del 3 de diciembre (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022), la finalidad del Servicio de AIT responde a:

Reducir los efectos del retraso madurativo, el riesgo biológico o el déficit sobre el conjunto global del desarrollo del menor.

Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo de los niños y niñas.

Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios asociados o producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.

Proveer en el entorno que rodea al menor de los apoyos necesarios que compensen las limitaciones y favorezcan su integración familiar, escolar y social.

CLAVES

Existe la necesidad de contemplar el conjunto de actuaciones dirigidas a la población de entre 0 y 6 años teniendo en cuenta familia, comunidad y entorno.

Actualmente la Atención Temprana se entiende desde un modelo globalizador que abarca aspectos biológicos, psicosociales y educativos y cómo estos se relacionan con el entorno.

METODOLOGÍA

- **Revisión sistemática**
- **Revisión documental**
- **Metodología cuantitativa**
 - **Definición, origen y calidad del dato**
 - **Muestra**
 - **Procedimiento y descriptores estadísticos**
- **Metodología cualitativa**
 - **Muestreo del estudio cualitativo**
 - **Procedimiento de las entrevistas**
 - **Codificación y tratamiento de los datos**

Para el estudio presentado en este informe se propone una aproximación metodológica múltiple, que incluye una revisión documental y una revisión sistemática de literatura científica, un análisis cuantitativo de fuentes secundarias y un trabajo de campo cualitativo basado en un proceso de entrevistas semiestructuradas.

Revisión sistemática

Como la metodología de una revisión sistemática es inherente al proceso, a continuación, se expone una aproximación metodológica de las tres fases principales que constituyeron dicho proceso. En un primer momento y a fin de realizar la búsqueda y selección de artículos siguiendo una lógica de sistematización y bajo el principio de reproducibilidad, se ha seguido como modelo la guía PRISMA para revisiones sistemáticas (Page et al., 2021). Posteriormente y tras haber concluido dicho proceso, se somete a cada estudio incluido a una evaluación de su calidad y riesgo de sesgo a través de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011). Finalmente, tras una lectura completa y análisis individual de cada artículo se aporta información acerca del tipo de estudio, muestra, variables estudiadas y conclusiones es extraída, todo ello materializado en una tabla. Asimismo, toda la información relevante se organizó entorno a cinco temáticas principales para un análisis más profundo y posterior discusión de los resultados.

Revisión documental

La información relativa al análisis documental que se desglosa en el presente documento se obtuvo a través de varias fuentes. Por un lado, se analizó información relativa al marco normativo y estratégico sobre el que se estructura la AIT en el Principado de Asturias. Para este fin fueron tomados como referencia normas y documentos legislativos a nivel europeo y estatal, así como Decretos de Ley a nivel autonómico.

Con el fin de obtener datos demográficos y poblacionales se seleccionaron encuestas llevadas a cabo por organismos públicos españoles encargados de la coordinación general de los servicios estadísticos de la Administración General del Estado; en este caso el INE. Para obtener estos mismos datos referidos específicamente de la población asturiana se tomaron datos elaborados por la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI).

Finalmente, se utilizó una tercera fuente de información con el fin último de conocer en profundidad la organización, proceso y coordinación de la AIT en el

Principado de Asturias, para ello se extrajo información a partir, tanto del Libro Blanco de Atención Temprana como de otros documentos técnicos que guían el proceso de AIT en este territorio (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Tras la selección de fuentes de información, fue extraída la información más relevante para alcanzar el objetivo específico I: recoger el marco estratégico y normativo con impacto en la AIT, así como los retos y reenfoques que se plantean a futuro.

Metodología cuantitativa

Definición, origen y calidad del dato.

Las fuentes secundarias para el acceso y creación de una base de datos cuantitativa han sido proporcionadas por las diferentes Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) del Principado de Asturias en el año 2023, las cuales se materializan en una serie de informes técnicos de periodicidad anual, cuyo objetivo radica en establecer un registro de actuación de cada centro sociosanitario. Asimismo, la recogida sistemática de esta información es

indispensable para la justificación y creación de nuevas políticas, las cuales han de ir acorde a las demandas y necesidades de la ciudadanía.

Para ello, dichos informes responden a una plantilla estandarizada en base a seis bloques de información: organización de la unidad, cobertura de la unidad, características de los niños que acuden a la unidad, características sociodemográficas de las familias, actividad de la unidad, valoración de la unidad. A su vez, cada uno de estos bloques, se subdivide en una serie de categorías que se describirán en el siguiente apartado.

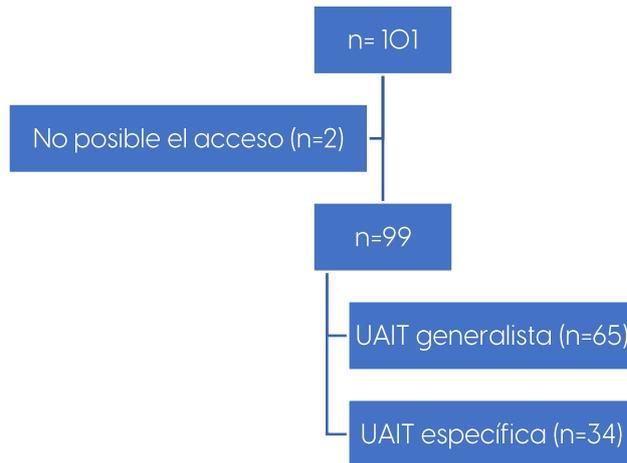
Muestra

Fueron recopilados un total de 99 informes técnicos que responden al periodo temporal comprendido entre 2013 y 2022; 65 de ellas pertenecientes a las UAIT generalistas, y 34 a las UAIT específicas (Figura 8).

Cada informe técnico, como se menciona con anterioridad, se organiza en torno a 6 bloques de información y un total de 24 subcategorías diferentes. La repartición de dichas categorías en los diferentes bloques de información se corresponde a los que se muestran en la Tabla 3.

Figura 8

Diagrama de flujo del número de informes técnicos obtenidos.



Nota. Fuente de elaboración propia.

Tabla 3

Subdivisiones de los bloques de información

Bloques información	Subcategorías
	Medios profesionales
Organización de la UAIT	Medios físicos
	Origen de la derivación
	Origen de la demanda
	Movimiento de la UAIT
	Total de niños en atención durante el año evaluado
	Tiempo transcurrido entre la solicitud de admisión y valoración inicial
	Lista de espera según especialidad
Cobertura Unidad	Altas y motivos de alta
	Rangos de edad durante el año evaluado
	Motivos de derivación generales
	Factores de riesgo
Características Niños	Trastorno o disfunción
	Rangos de edad de los progenitores
	Nacionalidad o procedencia de los progenitores
Características Familias	Hermanos de los niños en atención
	Casos y sesiones durante el año evaluado según intervención
	Intervenciones grupales con familias
	Informes
	Otros servicios ofertados
	Coordinación y reuniones
Actividad De La UAIT	Formación, difusión y asesoramiento
	Valoración de los profesionales
Valoraciones UAIT	Valoración de las familias

Procedimiento y descriptores estadísticos

Para la realización del análisis fue preciso extraer aquellas variables consideradas como potencialmente susceptibles para el presente estudio, acorde a los objetivos planteados (Tabla 4).

Tras la selección de las variables, se procedió a la creación de una matriz de datos haciendo uso del software Excel que exploraban total o parcialmente 15 de las 24 subcategorías.

Tabla 4

Categorías seleccionadas para el análisis estadístico

Bloques de información	Subcategorías seleccionadas
Organización De La UAIT	A. Medios profesionales
	A. Origen de la derivación
	B. Origen de la demanda
	C. Total niños en atención durante el año evaluado
	D. Tiempo transcurrido entre la solicitud de admisión y valoración inicial
Cobertura Unidad	E. Lista de espera según especialidad
	A. Rangos de edad durante el año evaluado
	B. Motivos de derivación generales
	C. Factores de riesgo
Características Niños	D. Trastorno o disfunción
Características Familias	A. Rangos de edad de los progenitores
	A. Casos y sesiones durante el año evaluado según intervención
Actividad De La UAIT	B. Coordinación y reuniones
	A. Valoración de los profesionales
Valoraciones UAIT	B. Valoración de las familias

En dicha matriz de datos la información se organizó acorde al origen y fecha del informe técnico. Asimismo, las diferentes respuestas estandarizadas que se

establecían en los informes fueron codificadas como nuevas variables, en su mayoría de tipo cuantitativo (discretas y continuas).

En el documento, asumiendo los posibles errores de codificación de tipo aleatorio o sistemático, se han implementado una serie de descriptores estadísticos de medida de tendencia central y de frecuencia.

Metodología cualitativa

En base a las revisiones documentales y bibliográficas llevadas a cabo, se construyó la metodología relativa a la fase de investigación desarrollada bajo un enfoque cualitativo. Esta además fue orientada para dar respuesta a los objetivos del estudio.

La metodología cualitativa “implica la existencia de unos objetivos bien delimitados, una planificación coherente y realista, una explicitación detallada de medios y fines, y una rigurosidad y un compromiso con la realidad a investigar” (Canales & Peinado, 1994, p. 287). Rodríguez Gómez et al. (1996) sintetizan a la perfección la idea de que “su finalidad es comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los sujetos participantes en los contextos estudiados”. Se trata de “una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social” (Pérez

Andrés, 2002, p. 373) de gran relevancia en ámbitos como las Ciencias Sociales, pero también la Salud, y por ello mismo se adapta al fin de esta investigación, pues hace posible que se pueda construir un conocimiento conjunto de la realidad sobre la AIT en Asturias, pero asumiendo diversos puntos de vista. Estos puntos de vista, a los que denominaremos niveles de discurso, son combinados para rellenar con unos el conocimiento que desde otros no se puede alcanzar.

De las diversas técnicas de investigación cualitativa existentes, se ha optado por el uso de las entrevistas en profundidad, en este caso de tipo semiestructuradas. Definiríamos la entrevista como “un proceso comunicativo por el cual un investigador o investigadora extrae una información de una persona” (Alonso, 1994, p. 225), y a la entrevista de investigación como una técnica específica que “pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo” (Alonso, 1994, p.228). Esta es “dirigida y registrada por la persona entrevistadora con el propósito de favorecer la

producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental [...] del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación” (Alonso, 1994, p. 228).

Para el diseño de las entrevistas, que permitiera dotar de un hilo argumentativo al discurso que se buscaba, se plantearon 4 ejes temáticos generales (Tabla 5). Estos ejes responden a una lógica de análisis de

fortalezas y debilidades en torno a las áreas de análisis planteadas en los objetivos de la investigación. Cada eje se ha dividido en diferentes categorías, a partir de las cuales se elaboró el guion de preguntas de las entrevistas. En la Figura 9 se puede observar una representación gráfica de la relación y orden existente entre los diferentes ejes y categorías.

Tabla 5

Ejes y categorías de análisis de las entrevistas semiestructuradas

Eje 1. Características de la población atendida en AIT

Este eje gira en torno a conocer qué perfiles es común encontrar en el ámbito de la AIT en Asturias, tanto por frecuencia de diagnósticos, como por características propias del contexto asturiano y también las necesidades del entorno rural.

Categorías:

- CA1. Características específicas del contexto asturiano en el ámbito de la AIT
- CA2. Diferencias entre el ámbito rural y urbano dentro del Principado de Asturias

Eje 2. Capacidad de atención del sistema

Conocer en profundidad el funcionamiento del sistema asturiano de AIT, con sus fortalezas y debilidades, y aspectos relacionados con cómo se accede, atiende y derivan los casos.

Categorías:

- CA1. Mecanismos de entrada y salida al sistema de AIT
 - CA2. Puntos fuertes y débiles de la atención en AIT en Asturias
 - CA3. Perfiles profesionales presentes
-

Eje 3. Capacidad de coordinación

Conocer los mecanismos de coordinación entre los diferentes agentes que trabajan en el sistema de AIT de Asturias, a diferentes niveles, con sus fortalezas y debilidades.

Categorías:

- CA1. Puntos fuertes y débiles de la coordinación interprofesional.
- CA2. Puntos fuertes y débiles de la coordinación intersectorial.

Eje 4. Propuestas de mejora

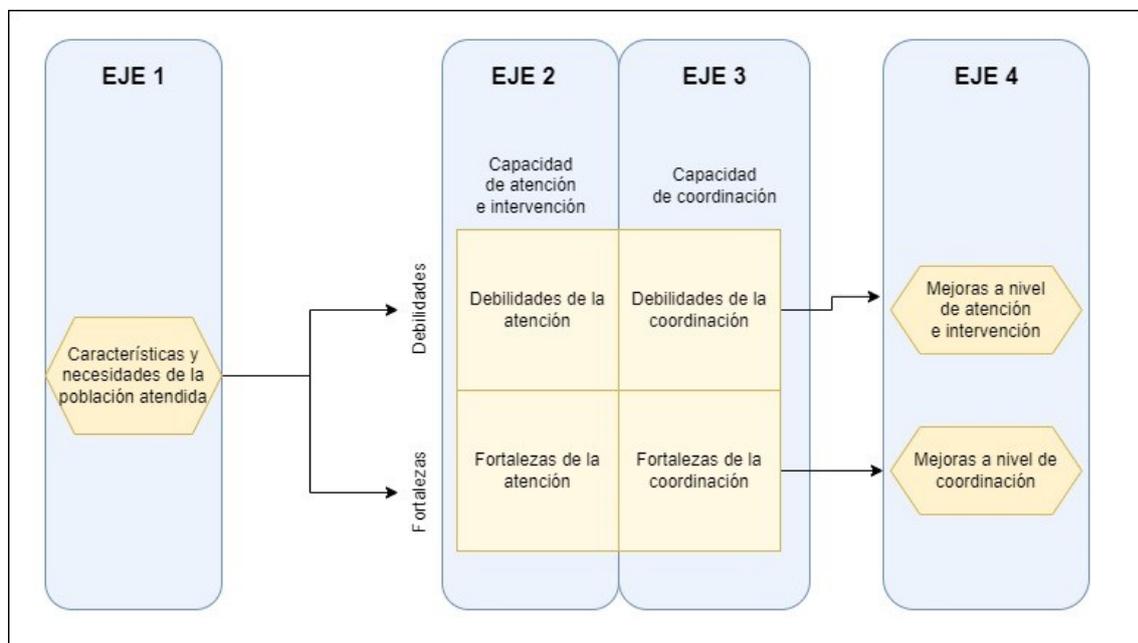
Recoger las ideas y propuestas para el futuro de la AIT en Asturias en base a las necesidades observadas.

Categorías:

- CA1. Aspectos a potenciar y mejorar en el nivel de atención
- CA2. Aspectos a potenciar y mejorar a nivel de coordinación intersectorial e interprofesional

Figura 9

Relación entre los diferentes ejes y categorías de análisis



Nota. Fuente de elaboración propia.

Muestreo del estudio cualitativo

El muestreo se articuló en torno a diferentes niveles de personas implicadas en la AIT, que resultan clave para entender desde una perspectiva integral y holística el sistema. Esto incluye diversos niveles de abstracción en el discurso, así

como de responsabilidad, planos de operación y también diferenciando entre perfiles que ofertan el servicio y personas que lo reciben. La Figura 10 expone esos niveles diferenciados en dos dimensiones: en el eje X el nivel de abstracción y en el eje Y, la posición desde la cual se lleva a cabo el servicio.

Figura 10

Distribución de los niveles de discurso para la elaboración del muestreo de las entrevistas.



Nota. Fuente de elaboración propia.

Se envió invitación para participar a un total de 31 personas. De todas ellas, participaron un total de 28, conformando 25 entrevistas donde en 3 de ellas participó más de una persona. Teniendo en cuenta el tipo de perfil, 4 fueron

personas de nivel político o directivo, 17 de trabajo técnico; siendo 9 coordinadores de las UAIT (generalistas o específicas) del Principado de Asturias, aunque también se registraron perfiles de otras consejerías, como Educación, y también

centros privados donde se ofrecen servicios a niños y niñas de 0 a 6 años con necesidades de Atención Temprana. Con respecto al nivel académico, que ofrece una visión teórica y aplicada de esta área de intervención, se contactó con 4 docentes de la Universidad de Oviedo,

siendo algunos de ellos también trabajadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Por último, 2 familias de entornos rurales dieron su visión como usuarias de servicios de Atención Temprana, públicos (UAIT generalista) y privados (Tabla 6).

Tabla 6

Niveles de discurso articulados y perfiles participantes.

Nivel de discurso	Descripción del perfil
Político/directivo	<p>Consejería de Derechos Sociales y Bienestar</p> <p>1 miembro Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social</p> <p>1 miembro Dirección General de Servicios Sociales y Mayores</p> <p>1 miembro Dirección de Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y Familias</p> <p>1 figura de dirección de servicios privados/concertados de AIT</p>
Técnico/ coordinación	<p>1 técnico de Consejería de Derechos Sociales y Bienestar</p> <p>9 coordinadores de UAIT</p> <p>3 técnicos trabajadores de UAIT</p> <p>1 perfil directivo de Equipo Regional de ACNEAE de la Consejería de Educación</p> <p>1 pediatra de Centro de Atención Primaria</p> <p>2 técnicos de centros privados especialistas en Atención Temprana</p>
Familias	2 familias usuarias de servicios de Atención Temprana de áreas rurales de Asturias
Académico	4 profesores de la Universidad de Oviedo de áreas de conocimiento relacionadas con Atención Temprana, neuropediatría y neonatología (2 de ellas trabajadores del SESPA)

Procedimiento en las entrevistas

Todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio donde se informaba de que las entrevistas serían grabadas y transcritas para su análisis posterior. Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial, desplazándose el equipo investigador al espacio de trabajo de la persona entrevistada. En aquellos casos en los que no fue posible, se realizaron vía online con el software Microsoft Teams.

Codificación y tratamiento de los datos

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas. Las realizadas online fueron transcritas automáticamente desde Microsoft Teams y guardadas en un archivo de Microsoft Word. Las realizadas presencialmente fueron grabadas haciendo uso de una grabadora portátil y transcritas mediante la herramienta habilitada para ello en Microsoft Word. Tras las transcripciones automáticas, estas fueron revisadas con el audio por el equipo de investigación.

A partir de la información recabada en las entrevistas, se llevó a cabo la técnica del análisis del discurso. El discurso se puede definir como "un sistema de

afirmaciones que construyen un objeto" (Parker, 1992, citado por Agulló-Tomás, 1997, p. 285), o como "un proceso de (inter)acción comunicativa", donde la unidad de análisis la compone "la coherencia de una comunicación, lograda, dotada de sentido por los participantes en ella" (Crespo, 1991, citado por Agulló-Tomás, 1997, p. 286). Por tanto, el análisis de discurso trata de dotar de orden y un hilo argumentativo los diferentes mensajes extraídos de las entrevistas, con el fin de obtener un "objeto" a partir de las unidades de análisis.

En el análisis de discurso se llevó a cabo una transformación de los ejes temáticos a ejes interpretativos, y de las categorías de análisis a categorías conceptuales. Los ejes y categorías son los mismos, pero cambia la manera de entenderlos, pues ya no son una forma de ordenar el diseño de investigación, sino de interpretar la información obtenida.

El procedimiento fue el siguiente: la información extraída de cada una de las transcripciones se ordenó por separado en base a cada uno de los cuatro ejes interpretativos. Dentro de cada eje, la información se dividió en categorías

conceptuales, que permitieron ir elaborando conclusiones en base a estas. Se llevó a cabo, de esta manera, un proceso de comparación constante entre datos y categorías, que Álvarez-Gayou (2003) indica que permite comprobar las coincidencias y diferencias existentes entre los discursos (Núñez-Delgado & Santamarina-Sancho, 2017).

Esta información, a su vez, se articuló en torno a la revisión sistemática y documental llevada a cabo previamente. Con los resultados del análisis del discurso, se elaboraron una serie de conclusiones generales, que se analizarán en el capítulo 9 de este informe.

En la Tabla 7 se articulan las diferentes metodologías implementadas en el presente proyecto que dan respuesta a los diferentes objetivos.

Tabla 7

Esquematización del proceso metodológico del Proyecto Living Lab

Objetivos	Metodología implementada	Capítulos
OE1: Recoger el marco estratégico y normativo con impacto en la AIT, así como los restos y reenfoques que se plantean a futuro	<p>Revisión Sistemática sobre los modelos teóricos que fundamentan las intervenciones (modelo centrado en la familia y teleintervención).</p> <p>Revisión documental de diferentes fuentes estadísticas y legislativas, así como planes de actuación vigentes a nivel estatal, nacional y autonómico.</p>	<p>Capítulo 3</p> <p>Capítulo 4</p> <p>Capítulo 5</p> <p>Capítulo 6</p> <p>Capítulo 7</p>
OE2: Realizar un análisis de la prestación actual del servicio en Asturias y de las actuaciones vinculadas con la atención temprana asturiana.	<p>Análisis cuantitativo de memorias aportadas por las diferentes UAITs del Principado de Asturias.</p> <p>Análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a distintos niveles: nivel político/directivo, técnico/coordinación, familiar y académico.</p> <p>Articulación con la documentación que responden al OE1.</p>	<p>Capítulo 5</p> <p>Capítulo 6</p> <p>Capítulo 8</p> <p>Capítulo 9</p>
OE3: Ofrecer una propuesta de aproximación sobre las fórmulas más adecuadas para la prestación de la atención temprana asturiana	<p>Articulación con la documentación e información que responden a los OE1 y OE2.</p>	<p>Capítulo 10</p>

Nota. Fuente de elaboración propia. OE=Objetivo específico, AIT= Atención Infantil Temprana, UAIT=Unidad de Atención Infantil Temprana.

MARCO CONCEPTUAL.

TENDENCIAS EMERGENTES DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

- Revisión sistemática
 - Introducción
 - Material y métodos
 - Resultados
 - Extracción y síntesis de datos
 - Discusión
 - Limitaciones del estudio
- Marco normativo
 - Marco europeo
 - Marco estatal
 - Marco autonómico
 - Relación sistema de salud y sistema educativo
 - Relación Derechos Sociales y Atención Temprana

Por los objetivos de la AIT y la necesidad de adaptarlo a los diferentes contextos del Principado de Asturias, hay que profundizar sobre nuevas metodologías que faciliten la equidad en cuanto al acceso al Catálogo de Prestaciones del Sistema público de Servicios Sociales y los objetivos de desarrollo sostenible enunciados en para la agenda de 2030, sin perder la esencia que caracteriza a los servicios a la población pediátrica (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022; Organización Naciones Unidas, s. f.).

Por todo ello, a continuación, se presenta una revisión sistemática donde se presenta la teleintervención como una nueva metodología que podría facilitar el alcance de los objetivos anteriores y que, a su vez, concuerda con los principios que caracterizan la AIT.

Revisión Sistemática.

Uso del Modelo Centrado en la Familia y la teleintervención en los servicios de Atención Temprana en infancia

Introducción

Dentro de las corrientes más actuales de Atención Temprana, una de las tendencias relativamente recientes, según la literatura científica, se basa en la involucración de las familias en el apoyo al desarrollo temprano del niño, lo cual es esencial para superar las consecuencias de índole negativo que se asocian a la discapacidad o a los retrasos madurativos (Retamal-Walter et al., 2022). Desde un modelo puramente ecológico y transaccional, el trabajo con la familia debe ser uno de los pilares en cualquier sistema que trabaje con la primera infancia ((Del Toro Alonso & Sanchez Moreno, 2020; McCarthy et al., 2021; Popova et al., 2022). Esta tendencia es conocida como Atención Centrada en la Familia, la cual se caracteriza por unos principios clave que resultan en el empoderamiento (Turnbull et al., 2007) en

la toma de decisiones, unos niveles de competencia e involucración más altos y el fortalecimiento de los vínculos con los profesionales que participan en el proceso (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; McCarthy et al., 2021). Desde este modelo las familias son elementos centrales y agentes de cambio a lo largo de todo el proceso atencional.

La introducción de este modelo en las prácticas de atención a la infancia se incorpora como la posibilidad de que las familias puedan aprovechar su casuística para la optimización de oportunidades del desarrollo y, por ende, aumentar la calidad de vida del niño (Turnbull et al., 2007). Difiere del modelo del experto previamente instaurado, en el que la familia queda relegada a un segundo plano (Del Toro Alonso & Sanchez Moreno, 2020). De hecho, en la literatura científica más clásica ya se demuestra que las familias juegan un papel fundamental en el ámbito de la Atención Temprana a causa del tiempo que el entorno familiar comparte con el niño (Bruder, 2000). Por eso se señalaban como fundamentales para la identificación y dar respuesta de las

señales comunicativas de sus hijos (Meisels & Atkins-Burnett, 1999).

El principio fundamental que sostiene la intervención basada en el modelo centrado en la familia radica en partir de las necesidades, preocupaciones, deseos y expectativas de los propios cuidadores, trabajando en entornos y contextos naturales y no únicamente en una sala de intervención especializada, a fin de facilitar un aprendizaje real basado en experiencias y dar la oportunidad de generalizar habilidades en las rutinas que conforman el día a día de las familias (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Dunst & Trivette, 2009; McCarthy et al., 2021). Componentes como la motivación son de vital importancia, como indicio del compromiso o sentimiento de capacidad (King et al., 2013; Melvin et al., 2020).

Tradicionalmente, las intervenciones centradas en la familia han sido llevadas a cabo presencialmente, donde el profesional y la familia se encuentran en la misma sala (McCarthy et al., 2021). A pesar de haberse sugerido una práctica basada en el modelo de atención centrado en la familia, determinados factores pueden dificultar el acceso a los servicios especializados. Las variables

reflejadas en la literatura científica y que son consideradas como más limitantes se basan en la escasez de profesionales especializados, problemas en el acceso a transporte y la saturación de los servicios con largas listas de espera (Dew et al, 2013; Khan et al, 2018; Retamal-Walter, Waite & Scarinci, 2022). Dichas variables se muestran exacerbadas en entornos más remotos; nuevamente, las condiciones que acarrea la disparidad rural-urbana se hacen notables y denotan barreras de accesibilidad incidiendo directa y negativamente a la hora de satisfacer las necesidades de atención requeridas por las familias. Sanz Tolosana et al. (2021) concluyen que es necesario considerar políticas inclusivas que verdaderamente tengan en consideración las distintas particularidades de la población rural y sus territorios. Estudios recientes aluden al uso de herramientas o métodos alternativos a las actuaciones convencionales que aprovechen el desarrollo de recursos tecnológicos y que actualmente se encuentra en constante crecimiento. En el contexto sanitario es lo que se conoce bajo el nombre mHealth o teleintervención.

En respuesta a estos desafíos, y con la llegada del estado de emergencia sanitaria mundial provocada por el COVID-19, se ha puesto de manifiesto la necesidad de encontrar soluciones alternativas a las ya existentes para garantizar una continuidad y un correcto desarrollo de los servicios de atención. En este sentido, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación han proporcionado una opción factible para garantizar el acceso a distintos servicios intervencivos del área de la salud (García et al, 2021; Houston & Stredler-Brown, 2012).

La teleintervención emerge, dentro del marco de la Atención Temprana, adquiriendo una gran relevancia en los últimos años al posibilitar el acceso de una manera segura y efectiva a los servicios a distancia (Fernández-Alcántara et al, 2020; García et al, 2021; Plena Inclusión España, 2020), incluso en zonas rurales (López-Rodríguez et al, 2021). En el año 2020, a raíz de esta situación, el Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España, desarrolló un documento donde se especificaron las necesidades y desafíos del uso de la teleintervención en AIT además del cómo

implementar esta forma de intervención en el territorio español (Plena Inclusión España, 2020).

De manera superficial, parece que la telepráctica no difiere mucho de la metodología tradicional, siendo la interacción entre el niño, la familia, el profesional y el personal de apoyo el hilo conductor de la intervención (Retamal-Walter et al., 2022). En el estudio de Olsen et al., (2012) se compararon las interacciones entre los diferentes participantes durante las sesiones tanto telemáticas como presenciales. Por un lado, se llevaba a cabo un entrenamiento familiar de manera simultánea a la sesión con el niño, con el fin de discutir y seleccionar estrategias que facilitaran el desarrollo y adquisición de habilidades del niño. Por otro lado, se realizaba una interacción directa con la de la familia y el niño. Este segundo procedimiento permitía dar continuidad a las sesiones mientras la familia recibía información y comentarios in situ del profesional, posibilitando la generalización de aprendizajes al entorno real. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Atendiendo al inminente cambio en el paradigma de la atención en la primera infancia en los últimos años agravada por la pandemia mundial del 2020, es necesario dar continuidad a la investigación en este ámbito. El fin es dotar de evidencia aquellas prácticas innovadoras que hacen uso de los recursos disponibles que permitan un acercamiento a intervenciones más ecológicas. Esto posibilita, además, la llegada de estas nuevas metodologías a todo el territorio, para ayudar a reducir la brecha existente entre lo urbano y lo rural.

Este estudio

Este estudio pretende dar respuesta de esta forma, a las intervenciones facilitadas desde el servicio de AIT que están basadas en el modelo centrado en la familia y/o la teleintervención mediante aplicaciones mHealth en niños con problemas del desarrollo o en riesgo a su padecimiento. Se centra, por tanto, en población con una edad comprendida entre los 0 y 6 años, y busca aumentar los niveles de independencia y autonomía funcionales de estos. Así mismo, se coloca el foco en la búsqueda de discrepancias en la forma de intervenir entre los entornos rurales y urbanos.

El objetivo de este estudio es determinar la eficacia de la teleintervención y del modelo centrado en la familia en la atención temprana con el fin de evaluar la efectividad de estas intervenciones y poder basar la práctica clínica en la evidencia más alta disponible y trasladarlas al entorno rural. Para alcanzar este objetivo general, este estudio presenta dos objetivos específicos entorno a un eje central común: la Atención Temprana.

El primero es determinar la eficacia del uso modelo centrado en la familia en las prácticas de atención en la primera infancia. Los estudios de investigación suscitan la idea de que la familia como agente activo durante los procesos interventivos aporta beneficios tanto en el desarrollo del niño como en los procesos de interacción entre el niño y la familia. El segundo objetivo específico consiste en analizar el grado de validez de las intervenciones que utilizan metodología mHealth.

A raíz de la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19, dicho método fue implementado de forma masiva como alternativa a las prácticas tradicionales presenciales (Giansanti,

2021). Hoy en día, se continúan llevando a cabo procesos de teleintervención dadas las oportunidades y flexibilidad que ofrecen. Asimismo, se está implementando en territorios rurales con el fin de eliminar brecha respecto a la presencia de recursos existente en comparación al entorno urbano.

Siguiendo con esta tendencia, y con el fin último de poder aplicar la práctica en la evidencia más alta disponible, el presente estudio consistió en la elaboración de una revisión sistemática bajo la metodología PRISMA. Se ha incluido una clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación de los artículos seleccionados, así como un análisis de la calidad metodológica para definir su tipología y método además de tener en consideración los posibles sesgos. Finalmente, se examinaron y clasificaron los resultados obtenidos en base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001), dado que se tienen en consideración el funcionamiento y discapacidad junto a los factores contextuales.

Material y métodos

1. Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática para explorar el grado de efectividad de las intervenciones en el ámbito de la atención temprana basadas en el modelo centrado en la familia y la teleintervención. Para aumentar la solidez de esta revisión, el equipo de investigación ha trabajado en base a la guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

2. Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una estrategia combinada de búsquedas electrónicas con el fin de identificar los estudios diana para la investigación. Dichos estudios debían haber sido publicados desde el periodo de 2012 hasta la fecha de búsqueda en las bases de datos: Web of Science (WOS), PubMed y Scopus.

Los términos de búsqueda se diferenciaron en dos fases distintas bajo un mismo eje central que coincide con la temática principal del estudio: el recurso de Atención Temprana. La primera fase de búsqueda se correspondió con la Atención Temprana y el modelo de

intervención centrada en la familia. La segunda fase de búsqueda consistió en unir el concepto de Atención Temprana con la teleintervención.

En ambas fases se combinan los booleanos AND, NOT y OR para identificar artículos potenciales que integren las temáticas citadas anteriormente en un mismo estudio.

Posteriormente se revisaron los diferentes títulos y resúmenes para determinar si los estudios guardaban relación con el objetivo principal de esta investigación y los criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación.

3. Criterios de selección

El catálogo de servicios y prestaciones varía según los diferentes contextos territoriales y con ello, también la definición del eje principal de la presente investigación. A efectos de esta revisión sistemática y posibles líneas futuras de investigación, la Atención Temprana será entendida como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno respondiendo lo más pronto posible a las necesidades temporales o permanentes que presentan los niños con

trastornos en el desarrollo o con riesgo a padecerlo.

Todos los estudios incluidos en esta revisión están sujetos al cumplimiento de los criterios que se exponen a continuación: (1) la Atención Temprana es entendida como eje central del estudio, (2) se investigó sobre la efectividad en el contexto de Atención Temprana de las intervenciones basadas en el modelo centrado en la familia y/o teleintervención, (3) se exploraron las diferentes perspectivas de uno o más de los siguientes posibles grupos involucrados: familia, infantes, profesionales, (4) se describió una muestra dada por cualquier número de individuos infantes; independientemente de la causa, sexo, grupo étnico o localización geográfica con una edad comprendida entre los 0 y 6 años y (5) el estudio está disponible en inglés y/o español.

Los estudios fueron excluidos de la revisión sistemática siguiendo los siguientes criterios: (1) únicamente se contemplaba una muestra de niños con edades superiores a 6 años; (2) el estudio exploraba sobre la efectividad del modelo centrado en la familia o la

teleintervención en la figura del adulto, sin guardar relación con la definición de Atención Temprana de este trabajo; (3) estudios que versasen únicamente sobre intervenciones puramente médicas que no contemplasen aspectos psicosociales como son las diferentes perspectivas de los grupos que se pudieran verse envueltos en el proceso; (4) estudios que se desarrollaron en contextos de alta especificidad (p. ej. Unidades Neonatales); (5) estudios en un idioma diferente al español o inglés; (6) documentos cuyo desarrollo y fin último consistiese en la creación de protocolos o manuales de buenas prácticas, y (7) actas de congresos, por no presentar la certeza de haber sido revisados por pares.

4. Selección de estudios

Los resultados de la búsqueda se importaron al gestor bibliográfico Zotero (Cohen et al., 2006) en su versión 6.0.26 para la eliminación de duplicados y posteriormente se realizó un screening por título/resumen.

Se revisaron a texto completo todos los estudios que pasaron la primera etapa de selección para evaluar su elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión. Paralelamente con el fin de extraer la

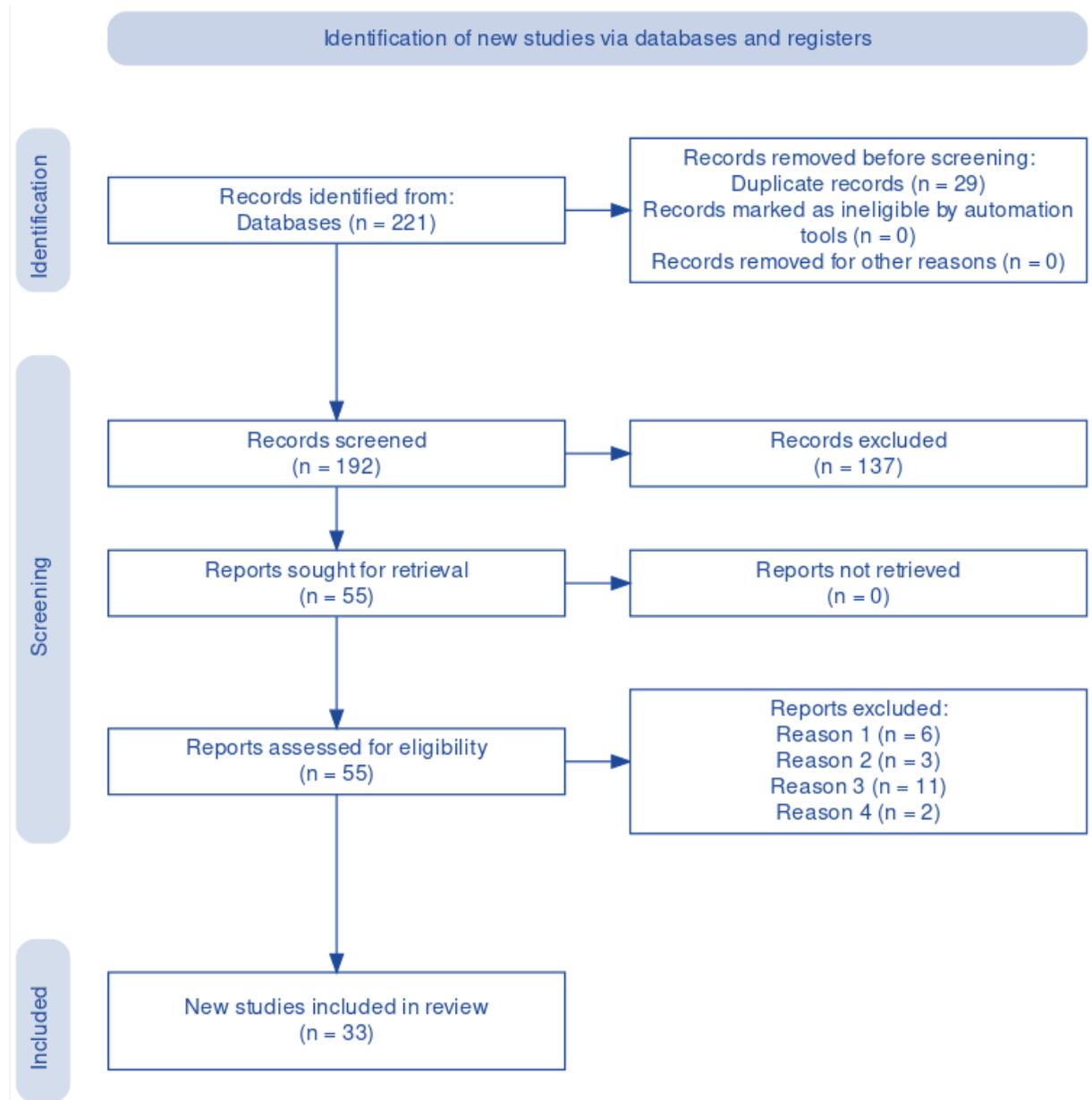
información pertinente para el estudio fue preciso realizar un análisis del contenido de estos a fin de obtener un listado con los datos más determinantes y definitorios. Para evitar el riesgo de sesgo individual, en esta fase cada uno de los miembros del equipo examinó y realizó un análisis de manera independiente haciendo uso de Microsoft Excel (Bricklin, 1985) en su versión 16.74.

Resultados

Los resultados de la búsqueda en las distintas bases de datos y los siguientes pasos aplicados pueden observarse en el diagrama de flujo representado en la Figura 11. La búsqueda original arrojó un total de 221 estudios potenciales. Tras el proceso de eliminación de duplicados y el primer cribado por título y resumen se proponen para lectura a texto completo un total de 55 estudios. Finalmente, se incluyeron 33 estudios en la revisión.

Figura 11

Diagrama de flujo para la identificación de nuevos estudios a través de bases de datos y registros según PRISMA.



Nota. Reason 1= criterio de exclusión 3; Reason 2= criterio de exclusión 5; Reason 3= criterio de exclusión 6; Reason 4= criterio de exclusión 2

De las publicaciones finalmente seleccionadas para su análisis 15 (45,45%) versaron sobre el modelo de atención centrado en la familia, 12 (36,36%) sobre la teleintervención o metodología mHealth y 6 (18,2%) abordaron ambas temáticas. Del total de estudios un 85% eran cuantitativos, 6% cualitativos y 9% empleó una metodología mixta.

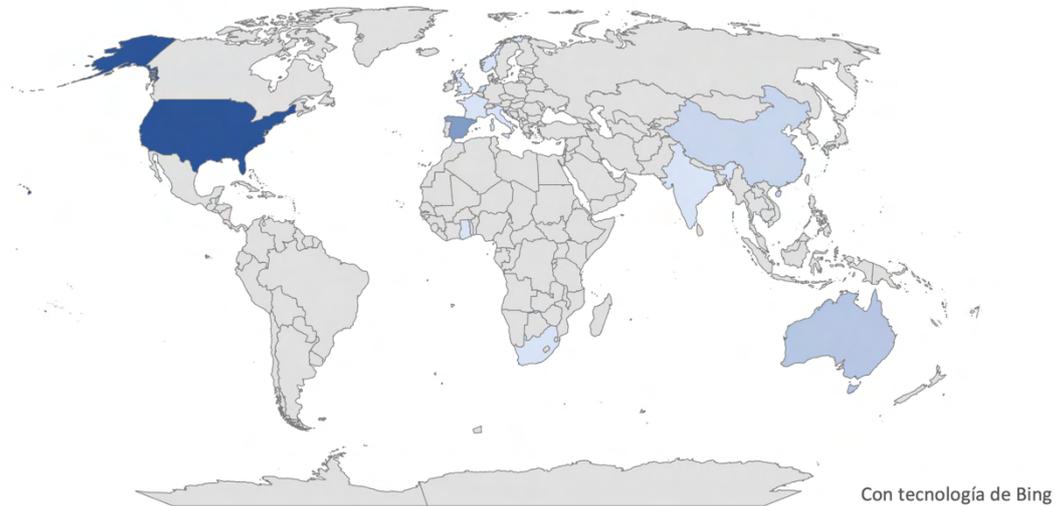
Dichos estudios se realizaron desde diferentes localizaciones geográficas a nivel mundial que se corresponden con los siguientes porcentajes: Estados Unidos (33%), España (18%), Australia (9%), Países Bajos (6%), China (6%), India (3%), Italia (3%), Sudáfrica (3%), Francia (3%), Taiwán (3%), República de Corea (3%), Reino Unido (3%), Ghana (3%) y Noruega (3%) (Figura 12). Asimismo, se vieron involucradas en las investigaciones, por un lado, distintas disciplinas: terapia física, terapia ocupacional, terapia del desarrollo, terapia del lenguaje, fisioterapia, psicología, trabajo social, pedagogía y neuropediatría y por otro, variedad de participantes donde destacan tres grupos principales: familiares o cuidadores principales (63%), infantes (24%) y clínicos (18%), siendo el primer grupo diana el más predominante.

Algunos de los estudios incluían de manera simultánea varias de estas muestras. Se describieron además diversos diagnósticos: TEA (9%), discapacidad visual (1%), discapacidad auditiva (18%), sordoceguera (3%), trastorno motor (3%), retraso del desarrollo (15%), así como otras variables o factores que guardaban relación con las diferentes interacciones entre el profesional, la familia y/o el niño.

El registro de la extracción de estos datos puede verse de manera resumida en la Tabla 8. Asimismo, el grado de evidencia de dichos estudios ha sido analizado de forma crítica siguiendo la guía de recomendación de la SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2011) (Tabla 9). Dicha guía clasifica según el tipo de diseño de estudio el grado de evidencia en un intervalo de 1 a 4, habiendo en las puntuaciones 1 y 2 los símbolos "++", "+" y "-", a fin de detallar más ese grado de evidencia. Además, a partir de esa primera clasificación, esta guía permite establecer unos grados de recomendación en el intervalo A-D, siendo el estudio clasificado como "A" resultado de recomendación directa.

Figura 12

Territorio geográfico donde se han realizado, a nivel mundial, las investigaciones seleccionadas para esta investigación.



Nota. Aquellos colores de mayor intensidad representan valores más altos de densidad

Tabla 8

Registro de extracción y descripción de los estudios revisados.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Even though a lot of kids have it, not a lot of people have knowledge of it: A qualitative study exploring the perspectives of parents of children with cerebral/cortical visual impairment".	Oliver et al, 2023	EE.UU.	Mixto: cualitativo y cuantitativo ex post facto descriptivo	Padres con niños con diagnóstico discapacidad visual cortical (CVI)	Conciencia del CVI y su impacto en niños y familia; experiencia de los padres; factores del niño e implicaciones funcionales; apoyos que mejoran el desarrollo de la visión.	Necesidad de educar sobre la importancia de un diagnóstico temprano, las características clínicas del CVI y las adaptaciones para optimizar el progreso del niño. Esto guarda relación con experiencias más positivas para los padres teniendo una menor carga y frustración, y un sentimiento de que podían colaborar activamente en el proceso.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Social validity of telepractice in early intervention: Effectiveness of family-centered practices".	Martínez-Rico et al. 2023	España	Cuantitativo transversal ex post facto	659 familias españolas de 35 centros de AT	Validez social (Usabilidad, efectividad (competencia y confianza), intervención con el cuidador, viabilidad, utilidad e intervenciones futuras	La participación activa familiar y la atención de las necesidades y prioridades que demandan estas, son factores relevantes para la validez social en las familias españolas en AT a través de la teleintervención. Destacan además otros componentes clave para este ámbito de intervención que tienen una influencia significativa en la percepción de las familias; colaborar para encontrar soluciones conjuntas y promover la participación activa durante las sesiones.
"Diversity of Child and Family Characteristics of Children with Hearing Loss in Family-Centered Early Intervention in The Netherlands".	Van der Zee & Dirks 2022	Países Bajos	Cuantitativo descriptivo transversal ex post facto	Niños holandeses nacidos en 2014-2016 con pérdida auditiva bilateral que se encuentren en el programa FCEI	Factores sociodemográficos, lenguaje, factores relacionados con la intervención e implicación de las familias.	A pesar de tener un diagnóstico común, las características de los niños y las familias era muy heterogénea. Necesidad de promover una intervención teniendo en cuenta las creencias y necesidades de toda la familia, apoyarla y orientarla. La implicación de la familia y la aparición de discapacidad adicionales fueron factores predictivos de las capacidades lingüísticas de los niños.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	VARIABLES ESTUDIADAS	Conclusiones principales
"Family-centered practices in early intervention: family confidence, competence, and quality of life".	Subinas-Medina et al. 2022	España	Cuantitativo transversal ex post facto, correlacional y descriptivo	43 familias españolas de niños que acuden al servicio de AT	Calidad de vida familiar; competencia y confianza de las familias, número de profesionales, confianza y competencia parental.	Las familias que reciben servicios de AT en España poseen una percepción de CdVF "bastante adecuada", pudiendo guardar relación con el acompañamiento de un único profesional de referencia. A mayor confianza en la crianza y competencia parental mayor calidad de vida familiar; la confianza de los cuidadores principales en ayudar a la familia es la que predice la confianza y competencia de los progenitores a la hora de apoyar al menor en las rutinas diarias.
"Assessing the Satisfaction and Acceptability of an Online Parent Coaching Intervention: A Mixed-Methods Approach".	Qu et al. 2022	China	Mixto: cualitativo y ensayo clínico aleatorizado	32 cuidadores con hijos con diagnóstico TEA de 2-5 años	Aceptabilidad, oportunidad, factibilidad, sugerencias a nivel de proyecto y consideraciones a nivel de servicio.	Percepciones positivas en cuanto a las variables de satisfacción, aceptabilidad, adecuación, viabilidad y recomendación del programa.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Communicating With Intention: Therapist and Parent Perspectives on Family-Centered Care in Early Intervention".	Popova, O'Brien & Taylor 2022	EE.UU.	Cuantitativo transversal ex post facto	101 terapeutas (del desarrollo n=29; ocupacionales n=32; físicos n=17; del lenguaje n=28) y 19 padres que participan en el programa de AT	Autoeficacia (profesionales y padres); proceso de intervención centrado en la familia; comunicación terapéutica; interacciones subóptimas; variables sociodemográficas	El modelo centrado en la familia es un referente en pediatría que aseguran el compromiso de los padres y están asociadas a resultados terapéuticos positivos. La capacidad de los terapeutas para una aplicación efectiva de este modelo se ve limitada. El Modelo de relaciones intencionales reconoce que la dinámica interpersonal entre el terapeuta-padres-niño tiene el poder de capacitar o inhibir la participación en la terapia de padres y niños. La distinción entre diferentes formas de comunicarse los terapeutas puede implementar una intervención completamente basada en el modelo centrado en la familia.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Impact of a family-centred early intervention programme in South India on children with developmental delays".	Muthukaruppan et al. 2022	India	Cuantitativo: Diseño de cohorte longitudinal prospectivo abierto	308 cuidadores principales de niños de 0-6 años con retraso en el desarrollo que recibían algún tipo de cuidado dentro del programa del estudio.	Empoderamiento familiar y nivel de carga del cuidador	El estudio demuestra que una intervención temprana centrada en la familia, con el apoyo de la tecnología digital para proporcionar formación y educación a los cuidadores, tiene efectos positivos en el empoderamiento y nivel de carga. Cambio evidente en todos los cuidadores independientemente del sexo, edad o lugar de terapia.
"Relationships between family-centred practices and parent involvement in early childhood intervention".	Mas et al. 2022	España	Cuantitativo: Diseño cuasiexperimental	Estudio 1 (85 padres); estudio 2 (278 padres) de niños entre 0-8 (nos vale porque en el estudio Mas et al. 2019 se especifican los rangos de edad en intervalos de un año)	Características sociodemográficas; prácticas participativas centradas en la familia; prácticas relacionales centradas en la familia y grado de participación	La participación significativa y activa en AT tiene mayores beneficios que las prácticas meramente relacionales.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	VARIABLES ESTUDIADAS	Conclusiones principales
"Family-Centered Early Intervention (FCEI) Involving Fathers and Mothers of Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: Parental Involvement and Self-Efficacy".	Dirks & Szarkowski 2022	Países Bajos	Cuantitativo transversal post facto	24 parejas holandesas (madre-padre) con al menos un hijo con pérdida auditiva moderada-severa de 0-4 años	Autoeficacia en la crianza; experiencia con niños con pérdida auditiva; Apoyo percibido por los servicios de AT centrados en la familia y Frecuencia de participación en AT cent. Familia.	A pesar de que tanto padres y madres reportan niveles de autoeficacia altos, las madres reportaron niveles más altos que los padres en alguno de las variables analizadas. Existía una tendencia a mayor participación de las madres en las intervenciones. Todo ello apunta a posibles diferencias en relación con las necesidades y por ello los proveedores deben de abordar dichas necesidades de manera diferente.
"An mHealth Intervention to Reduce the Packing of Discretionary Foods in Children's Lunch Boxes in Early Childhood Education and Care Services: Cluster Randomized Controlled Trial"	Pearson et al. 2022	Australia	Ensayo controlado aleatorizado por grupos	355 díadas de padres/madres e hijos de 3-6 años de 17 servicios de educación y AT	Envasado y consumo de alimentos de loncheros; características de los padres y del servicio; evaluación de los procesos	A pesar de que la intervención no logra el objetivo principal se obtuvieron los siguientes datos: el uso de aplicaciones fue calificado como modalidad adecuada para entregar información, falta de impacto asociados con la implementación de la intervención, baja aceptación y uso de la app por parte de los padres.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Examining early intervention referral patterns in neonatal intensive care unit follow up clinics using telemedicine during COVID-19".	Miller et al. 2022	EE.UU.	Cuantitativo transversal ex post facto	658 visitas de seguimiento de la UCIN (384 presenciales y 274 teleintervención)	Patrón derivación médica; patrón derivación escolar; distancia recorrida hogar-centro clínico; grado de satisfacción con el servicio	Todos los bebés obtuvieron las intervenciones necesarias, reduciendo el costo y la distancia recorrida en aquellas áreas remotas. Asimismo, las tasas de derivación fueron significativamente más alta para los servicios médicos y la misma probabilidad de derivación para los servicios escolares. Se concluye que la telemedicina ahorra tiempo, dinero y es igual de efectiva o mejor para identificar la necesidad de una derivación adicional.
"Neonatal Assisted Telerehabilitation (T.A.T.A. Web App) for Hearing-Impaired Children: A Family-Centered Care Model for Early Intervention in Congenital Hearing Loss".	Landolfi et al. 2022	Italia	Cuantitativo longitudinal	15 niños con sordera (240-300 días)	Características sociodemográficas; habilidades audición; Participación de la familia en el programa de intervención	La app TATA proporciona una gestión proactiva de los niños DHH a través de la participación de los padres. Proporciona un perfil de desarrollo general y específico en cuanto a las habilidades emergentes y situaciones de riesgo. Junto a esta, otras investigaciones han demostrado que este modelo facilita la inclusión familiar; esencial para mejorar los resultados lingüísticos de los niños y posibilitando la formación continuada de los mismos en sus entornos de rutina.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"mHealth-Supported Hearing Health Training for Early Childhood Development Practitioners: An Intervention Study".	Du Plessis et al. 2022	Sudáfrica	Diseño experimental. Diseño clínico aleatorizado pre-post test	1012 practicantes de 17-31	Legibilidad de la información proporcionada; capacitación; conocimiento post 6 meses	Se concluye además que un programa multimedia de capacitación auditiva de mHealth es una intervención escalable de bajo costo para capacitar a los profesionales con el conocimiento necesario para identificar y derivar a los niños en riesgo y para apoyar a los niños con dificultades en el entorno escolar.
"Early Detection of Neurodevelopmental Disorders of Toddlers and Postnatal Depression by Mobile Health App: Observational Cross-sectional Study".	Denis et al. 2022	Francia	Cuantitativo transversal	4000 usuarios de la App "Malo"	Edad y sexo niños; habilidades del desarrollo neurológico; habilidades del lenguaje, socialización, audición, visión y motricidad; riesgo de depresión postparto; relevancia de las alertas por parte de médico y grado de satisfacción.	Esta App multidominio dedicada a detección temprana de NDD y PND, sugieren que una aplicación mHealth familiar multidominio es adecuada y efectiva para el uso regular en el seguimiento de la díada madre-hijo. Cabe destacar que el hallazgo principal de este estudio es que el 0,9% de los niños pequeños fueron identificados como niños TEA potenciales a los 11 meses; este dato está muy cerca de la tasa TEA de la población general (0,6%) con una edad de detección media de 4-6,8 años.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"A Qualitative Study Exploring Parental Perceptions of Telehealth in Early Intervention".	Cheung et al. 2022	EE.UU.	Cualitativo	15 padres de niños que habían recibido AT por telesalud (1-3a)	Datos sociodemográficos padres-niños; Acceso a servicios telesalud AT; Asociaciones profesional-familia; Entrenamiento; Apoyos iniciales para la facilitar la AT a través de la telesalud.	Cuatro hallazgos principales: ventajas y desventajas para acceder a los servicios de AT a través de la teleintervención; asociaciones de calidad alta entre familias-profesionales que preservaron durante las sesiones; necesidad de superar las barreras logísticas para el acceso a esta modalidad de servicios; los profesionales deben fortalecer sus conocimientos y habilidades sobre cómo colaborar y capacitar a los cuidadores durante las sesiones en lugar de realizar una terapia directa sobre el niño.
"Involving Caregivers of Autistic Toddlers in Early Intervention: Common Practice or Exception to the Norm?".	Lee, Kaat & Roberts 2022	EE.UU.	Cuantitativo, transversal ex post facto y descriptivo	Familias con niños menores de 36 meses con diagnóstico de TEA	Características sociodemográficas; conductas observadas durante la sesión de terapia	La creación de alianzas fuertes entre el profesional que trata trastornos del lenguaje y la familia.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Brief Report: Perceptions of Family-Centered Care Across Service Delivery Systems and Types of Caregiver Concerns About Their Toddlers' Development".	Dick et al. 2022	EE.UU.	Parte de un estudio longitudinal	Familiares niños TEA 16-33 meses (n=37); familiares niños con otros trastornos del neurodesarrollo (n=22)	Datos sociodemográficos; medida del proceso de cuidado diferenciando servicio de atención primaria y servicio de atención temprana.	Los cuidadores perciben mayores niveles de cuidados centrados en la familia de los profesionales de atención temprana que de los profesionales de atención primaria. Se subraya la importancia de que ambos equipos trabajen de forma continua durante los procesos de detección, diagnóstico e intervención.
"mHealth Intervention for Motor Skills: A Randomized Controlled Trial".	Staiano et al. 2022	EE.UU.	Estudio controlado aleatorizado	n=72 niños (3-5 años); 35 motor skills app y 37 free play app	Habilidades motoras; grado de aceptabilidad y adherencia.	El uso de la apk de habilidad motoras propició aumento en el percentil de habilidades motoras. Asimismo, hubo mejoras en habilidades motoras que no estaban recogidas en la apk, indicando transferencia de aprendizajes a aspectos más globales. Se registraron altos niveles de adherencia y aceptabilidad en ambas aplicaciones.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
“Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices”.	Vilaseca et al. 2021	España	Cuantitativo transversal ex post facto	Submuestra 1.- 81 familias de niños atendidos en AT (0-6); Submuestra 2.- 213 profesionales que trabajan en AT	Percepción de las familias sobre el cambio de metodología de intervención a partir de la pandemia; Percepción de los profesionales sobre los cambios en la metodología de intervención tras la pandemia con las familias y niños; Variables sociodemográficas	El cambio de metodología no presentó cambios significativos en cuanto a la incorporación del modelo centrado en la familia. Los profesionales consideraron que la intervención siguió las tendencias de este modelo, pero los resultados de las familias no fueron concluyentes reflejando la dificultad de aplicación con respecto a las variables sociodemográficas.
“Service Quality in Early Intervention Centres: An Analysis of Its Influence on Satisfaction and Family Quality of Life”.	Jemes-Campaña et al. 2021	España	Cuantitativo transversal ex post facto	1551 padres de niños que acuden a uno de los 24 centros de AT de Andalucía que participan en el estudio con problemas o riesgo a padecer problemas del desarrollo.	Grado de satisfacción con el servicio; Calidad percibida del servicio; Calidad de vida familiar.	La calidad percibida y la satisfacción con los centros de AT son herramientas para lograr la calidad de vida familiar. Existen relaciones entre dichos aspectos, que junto al grado de apoyo recibido por las familias de los profesionales influyen en la calidad de vida.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Family-centred early intervention: Comparing practitioners' actual and desired practices".	García-Ventura et al. 2021	España	Cuantitativo transversal ex post facto	119 profesionales de AT españoles cuyos proyectos basados en el modelo centrado en la familia se encontraban en las primeras etapas.	Características de los profesionales; Prácticas actuales y deseadas	Existe un deseo hacia el modelo centrado en la familia en las prácticas actuales por parte de los profesionales, pero también existen barreras para ello que no dependen del profesional. Asimismo, no se encuentra correlación entre los años de experiencia o el nivel de estudios universitarios con los resultados del FOCAS.
"Does Parental Education Level Matter? Dynamic Effect of Parents on Family-Centred Early Intervention for Children with Hearing Loss".	Chen & Liu 2021	Taiwán	Mixto: Path Analysis	113 niños 3-6 años con pérdida auditiva bilateral permanente que acuden a terapia auditivo-verbal en un centro de AT en Taiwán	Habilidades del lenguaje (comprensión del lenguaje y expresión oral); tiempo en terapia auditiva; edad a la se usan audífonos y niveles educativos de los padres.	El papel de los padres tiene implicaciones clínicas en cuanto a la comprensión del lenguaje en niños con pérdida auditiva; por lo que la cooperación con ambos progenitores es clave. De la misma forma, las desventajas sociales entre el cuidador y el niño podrían reducirse mediante una intervención temprana.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Family Perspectives toward Using Telehealth in Early Intervention".	Yang et al. 2021	EE.UU.	Cuali- tativo	37 padres con al menos un hijo de 0-9 años que haya recibido asistencia de AT.	Datos sociodemográficos; Percepciones familiares sobre el uso de la telesalud; percepciones familiares sobre ventajas de la telesalud; percepciones familiares sobre las desventajas de la telesalud; Percepciones familiares sobre elementos logísticos necesarios para implementar asistencia basada en telesalud.	Los participantes se mostraron reacios a usar la telesalud en AT. La posible explicación podría ser la concepción errónea sobre los objetivos y propósitos de la AT así como las barreras logísticas para el acceso a los servicios y materiales
"Practitioners' Self-Assessment of Family-Centered Practice in Telepractice Versus In-Person Early Intervention".	McCarthy, Leigh & Arthur-Kelly 2021	Australia	Cuanti- tativo trans- versal ex post facto	52 profesionales de intervención temprana y 239 niños menores de 8 años.	Datos sociodemográficos; calificación de los procesos atencionales para proveedores de servicios (MPOC-SP)	Los profesionales que trabajaron a través de la telepráctica informaron del uso de las prácticas centradas en la familia en un grado similar de los que intervinieron presencialmente. El análisis de la escala MPOC-SP indicó que no había relaciones significativas entre la evaluación de los profesionales de su uso de prácticas centradas en la familia y el modo de intervenir; resultados constantes incluso con otras variables más específicas como el tipo de profesional, experiencia etc.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Early intervention service delivery via telehealth during covid-19: a research-practice partnership".	Kronberg et al. 2021	EE.UU.	Diseño cuasi-experimental con medidas pre-post	17 familias inscritas en el programa estatal de AT con una edad comprendida entre 6 y 34 meses.	Datos sociodemográficos; progreso hacia la consecución de los objetivos de la familia; Desempeño del objetivo y grado de satisfacción	Los hallazgos sugieren que una intervención de entrenamiento (coaching) de 9 semanas proporcionada a través de la tele salud por profesionales especializados en AT y basados en la comunidad puede ser eficaz para la promoción de los objetivos y la satisfacción de los padres motivada por los logros de sus hijos.
"Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design".	Park et al. 2020	Rep. de Corea	Estudio de caso	3 niños de entre 2 y 3 años con sospecha de TEA	Intervenciones basadas en el modelo de atención centrado en la familia (modificaciones ambientales, grabaciones en video, entrenamiento en tareas y feedback, información sobre el niño individualizada y tasa del cumplimiento de tareas); Frecuencia interacciones sociales durante las intervenciones; cambios en habilidades de interacción social; cambios en el riesgo de TEA	Tras aplicar el programa de intervención temprana centrado en la familia, todos los participantes mejoran significativamente durante la intervención y posteriormente a la misma en los tres modos de habilidades de interacción social (apariciencia, gestos y habla). La puntuación de riesgo de TEA disminuyó significativamente, el desempeño de los padres mejoró y con ello su motivación interna.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	VARIABLES ESTUDIADAS	Conclusiones principales
"Early Childhood Intervention Program Quality: Examining Family-Centered Practice, Parental Self-Efficacy and Child and Family Outcomes".	Hughes-Scholes & Gavidia -Payne 2019	Australia	Ensayo clínico con medidas pre-post	66 familias con niños con problemas del desarrollo (edad media de 46 meses)	Características sociodemográficas; resultados familiares; autoeficacia de los padres y percepciones de las prácticas antes y después de la intervención	Existe una mejora tanto en las habilidades del niño como en las de los padres tras la participación en el programa de AT centrada en la familia, aunque no se pueden afirmar relaciones directas entre dicha mejoría con el propio modelo.
"Proactive Assessment of Obesity Risk during Infancy (ProAsk): a qualitative study of parents' and professionals' perspectives on an mHealth intervention".	Rose et al. 2019	Reino Unido	Cualitativo	66 familias de niños 6-8 semanas y 22 auxiliares sanitarios (Health visitor)	Participación y empoderamiento con la tecnología digital; La tecnología desconocida presenta desafíos y oportunidades; Confianza en la puntuación de riesgo; Resistencia a la focalización.	La intervención basada en el modelo mHealth involucró de forma activa a los padres permitiendo que se hicieran dueños del proceso de búsqueda de estrategias para reducir el riesgo de sobrepeso infantil. Se detectaron sesgos cognitivos y motivacionales que impidieron una comunicación eficaz sobre la temática central provocando barreras en la intervención de aquellos lactantes de mayor riesgo.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Interregional Newborn Hearing Screening via Telehealth in Ghana".	Ameyaw, Ribera & Anim-Sampong 2019	Ghana	Cuantitativo transversal no aleatorizado	50 lactantes entre 2-90 días (muestra por conveniencia; 30 hombres y 20 mujeres)	Procedimiento de screening tradicional, procedimiento de screening virtual, duración de ambos procedimientos	El estudio muestra la posible viabilidad para establecer una red interregional de servicios de screening de audición para recién nacidos en Ghana haciendo uso de la telesalud, demostrando altos índices de eficiencia si comparamos el uso de estos servicios con la movilidad de estas familias para recibir servicios similares.
"Early food for future health: a randomized controlled trial evaluating the effect of an eHealth intervention aiming to promote healthy food habits from early childhood".	Helle et al. 2017	Noruega	Estudio controlado aleatorizado	718 padres noruegos con un hijo a término de 3-5 meses de edad con un peso al nacer >/ 2500g	En los niños: medidas antropométricas; ingestas de alimentos; variación de alimentos; conducta alimentaria del niño; temperamento infantil, preferencias de comida; comportamiento infantil. En los padres: características sociodemográficas; medidas antropométricas; ingesta de alimentos; variación de alimentos; neofobia alimentaria; estilo de alimentación y prácticas de alimentación; alimentación autoeficacia; estilo de crianza; rasgos de la personalidad y salud mental).	La intervención de eSalud en <i>Early Food for Future Health</i> guía a los padres de niños entre 6 y 12 meses en las diferentes etapas del desarrollo relacionadas con la alimentación. El uso de esta puede aumentar la percepción y comprensión sobre la importancia de prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil en cuanto a: diseño y eficacia de las intervenciones basadas en internet y la relación entre la crianza, comportamiento alimentario en padres y niños.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Text messaging data collection for monitoring an infant feeding intervention program in rural China: feasibility study".	Li et al. 2013	China	Cuantitativo con medidas pre-post no aleatorizado	258 participantes (n=99; encuestados mensajería de texto frente a n=177 encuestados presencialmente)	Tasa de respuesta; Acuerdo de datos; Costes; Aceptabilidad de los mensajes de texto y las encuestas presenciales; Razones para no responder a los mensajes de texto; Razones para el desacuerdo entre los métodos de encuesta; momento adecuado para enviar mensajes de texto.	Se estudió la viabilidad del uso de mensajería de texto como método de recopilación de datos para el seguimiento de programas de salud en población rural china. A pesar de que la encuesta de mensajes de texto fue aceptable y hubo una reducción de costes; tuvo una tasa de respuestas más baja. Se necesitan líneas de investigación futuras que evalúen la efectividad de estrategias para incrementar dicha tasa, especialmente en cuanto a la recopilación de datos longitudinales.
"Measuring Costs and Outcomes of Tele-Intervention When Serving Families of Children who are Deaf/Hard-of-Hearing".	Blaiser et al. 2013	EE.UU.	Ensayo controlado aleatorizado	27 familias inscritas en el programa de padres e hijos (PIP) de las Escuelas para sordos y ciegos de Utah (USDB)	Habilidades del lenguaje receptivo y expresivo; costes; calidad de la visita domiciliaria; percepciones de cuidadores y proveedores.	Una de las razones por la que alguna familia no quiso participar es que el uso de la teleintervención implicaba un esfuerzo adicional asociado al aprendizaje de una NNTT que no era deseable o factible en ese momento. Este aspecto al que fueron sometidos participantes durante los primeros meses del estudio influyó en los puntajes de resultados de satisfacción. Otra nota que a tener muy en cuenta, es que la satisfacción mejoró drásticamente cuando se resolvieron problemas de conexión; para la implementación de estos servicios es necesario el acceso a suficiente ancho de banda que se traduce en: velocidad de carga y descarga.

Título	Autor, año	País	Diseño	Muestra	Variables estudiadas	Conclusiones principales
"Overview of States' Use of Telehealth for the Delivery of Early Intervention (IDEA Part C) Services".	Cason, Behl & Ringwalt 2012	EE.UU.	Cuantitativo ex post facto	Representantes de 26 estados y una jurisdicción de la Parte C de IDEA.	Proveedores de intervención temprana de telesalud; reembolso por telesalud dentro de la intervención temprana; barreras para la implementación de telesalud.	Muchos estados están incorporando la telesalud dentro de sus programas de atención pertenecientes a la ley de mejora de la educación e intervención temprana en individuos con discapacidad a fin de mejorar la calidad del servicio. Los profesionales incluidos en dicha ley ya usan los servicios de telesalud para brindar servicios de habilitación y consultas especializadas (IDEA). El desarrollo de políticas, educación, investigación, así como el uso de aplicaciones seguras y la promoción de estrategias son importantes para poder optar por la telesalud como un modelo de servicios dentro de los programas de IDEA.

Nota: AT= atención temprana; APP= aplicación móvil; CdVF= calidad de vida familiar; CVI= discapacidad visual cortical, DHH= Deaf or Hard of Hearing; FCEI= family centered early intervention; FOCAS= family orientation of community and agency services scale; MPOC-SI=Measure of Processes of Care for Service Providers; NDD= neurodevelopmental disorders; NNTT; nuevas tecnologías; PND= postnatal depression; TEA= trastorno del espectro autista; UCIN= unidad de cuidados intensivos neonatales

Tabla 9

Nivel de evidencia y grado de recomendación según SIGN.

Autor(es) y año de publicación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Oliver et al. (2023)	2++	B
Martínez-Rico et al. (2023)	2++	B
Van der Zee & Dirks (2022)	2++	B
Subinas-Medina et al. (2022)	2++	B
Qu et al. (2022)	1++	A
Popova et al. (2022)	2++	B
Muthukaruppan et al. (2022)	2+	C
Mas et al. (2022)	2++	B
Dirks & Szarkowski (2022)	2+	C
Pearson et al. (2022)	1++	A
Miller et al. (2022)	2++	B
Landolfi et al. (2022)	2+	C
Du Plessis et al. (2022)	1++	A
Denis et al. (2022)	2++	B
Cheung et al. (2022)	2-	C
Lee et al. (2022)	2++	B
Dick et al. (2022)	2++	B

Autor(es) y año de publicación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Staiano et al. (2022)	1++	A
Vilaseca et al. (2021)	2++	B
Jemes-Campaña et al. (2021)	2++	B
García-Ventura et al. (2021)	2++	B
Chen & Liu (2021)	1+	A
Yang et al. (2021)	2+	C
McCarthy et al. (2021)	2++	B
Kronberg et al. (2021)	2+	C
Park et al. (2020)	2-	C
Hughes-Scholes & Gavidia-Payne (2019)	2+	C
Rose et al. (2019)	2+	C
Ameya et al. (2019)	1++	A
Helle et al. (2017)	1++	A
Li et al. (2013)	2+	C
Blaiser et al. (2013)	1++	A
Cason et al. (2012)	2++	B

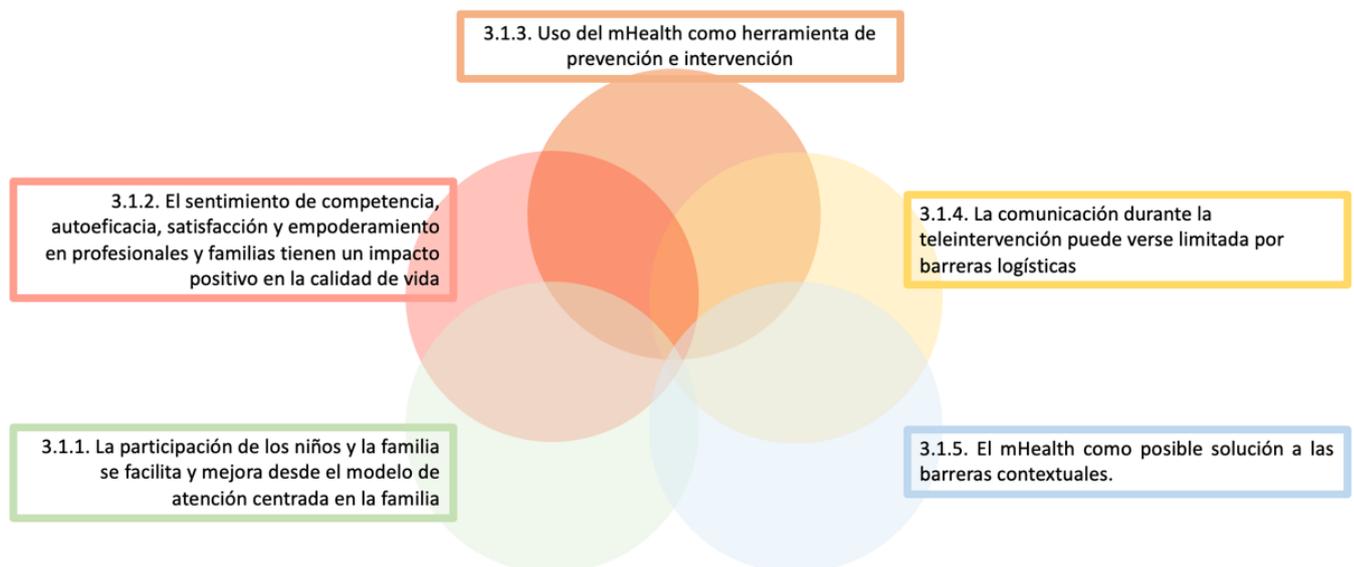
Extracción y síntesis de datos

Como resultado del proceso de síntesis temática, se identificaron cinco temas principales que van en sintonía con los objetivos del estudio: (1) la participación de los niños y la familia se facilita y mejora desde el modelo de atención centrado en la familia, (2) el sentimiento de competencia, autoeficacia, satisfacción y

empoderamiento en profesionales y familias tienen un impacto positivo en la calidad de vida, (3) uso del mHealth como herramienta de prevención e intervención, (4) la preparación para la telepráctica puede mejorar el desarrollo del compromiso, (5) mHealth como posible solución a las barreras contextuales (Figura 13).

Figura 13

Representación de las cinco temáticas emergentes de los estudios incluidos en esta revisión sistemática.



La participación de los niños y la familia se facilita y mejora desde el modelo de atención centrado en la familia.

El modelo de atención centrado en la familia se describió como un facilitador a la hora de establecer un vínculo con el entorno clínico en el ámbito de la atención temprana. Este enfoque permitía tanto a los niños como a la familia sentirse seguros y motivados durante todo el proceso (Hughes-Scholes & Gavidia-Payne, 2019; Jemes-Campana et al., 2021; Martínez-Rico et al., 2023; Oliver et al., 2023; Park et al., 2020; Popova et al., 2022; Subinas-Medina et al., 2022)

Gracias a los principios por los que se rige dicho modelo (Bruder, 2000; Turnbull et al., 2007) se posibilita un establecimiento y posterior mantenimiento en el tiempo de los lazos de la relación terapéutica. Gran parte de las familias describieron como positiva la implementación de este modelo mostrando unos niveles más altos en cuanto al nivel de satisfacción del servicio, así como de confianza, competencia y empoderamiento (Martínez-Rico et al., 2023; Park et al., 2020; Subinas-Medina et al., 2022).

El estudio en particular de Dick et al., (2022) mostró una comparativa entre el servicio de atención temprana y el servicio de atención primaria. En el primero, el contexto invitaba a entender a la familia como agente activo y, por tanto, incluirla de forma inherente desde un primer momento en el plan de intervención. Esto generó un acercamiento a los dominios de habituación y participación que a su vez se traducían en la satisfacción, autoeficacia y percepción positivas del servicio por parte de las familias. El segundo, por el contrario, un contexto más médico llevaba a posicionar al niño como único foco a intervenir, difiriendo la relación profesional-cuidador del contexto anterior.

El sentimiento de competencia, autoeficacia, satisfacción y empoderamiento en profesionales y familias tienen un impacto positivo en la calidad de vida.

Las prácticas basadas en el modelo centrado en la familia aseguran el compromiso de la familia y guardan relación con resultados terapéuticos positivos (Chen & Liu, 2021; Denis et al., 2022; Hughes-Scholes & Gavidia-Payne,

2019; Jemes-Campana et al., 2021; Kronberg et al., 2021; Martínez-Rico et al., 2023; Oliver et al., 2023; Park et al., 2020; Subinas-Medina et al., 2022; van der Zee & Dirks, 2022). Como se refleja en el apartado anterior, variables como competencia, autoeficacia, satisfacción y empoderamiento cobran gran importancia dado que, en cierto modo, de ellas va a depender la intervención.

Tener en cuenta aspectos como las creencias, valores y necesidades de la familia, así como ofrecer apoyo y orientación individualizados (van der Zee & Dirks, 2022), son prácticas que favorecen la aparición de niveles más altos de las variables anteriormente citadas, por lo que es necesaria su promoción y a su vez generan una buena relación terapéutica (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; McCarthy et al., 2021).

A pesar de que existe un deseo hacia la generalización del modelo centrado en la familia en las prácticas actuales (Turnbull et al., 2007), se describen distintas barreras que son independientes de los profesionales (García-Ventura et al., 2021; Popova et al., 2022).

Los resultados obtenidos en el estudio de Cheung et al., (2022) apuntan a la

necesidad de que los profesionales fortalezcan sus conocimientos y habilidades para dar un servicio desde el modelo centrado en la familia con el fin último de capacitar a los cuidadores creando así oportunidades de aprendizaje para que, finalmente, estos se generalizan y apliquen al entorno natural (Schertz & Horn, 2018). Los hallazgos sugieren que una intervención basada en estos principios genera una promoción y consecución de objetivos en el niño, así como mayores niveles de satisfacción y motivación interna de los cuidadores (Hughes-Scholes & Gavidia-Payne, 2019; Kronberg et al., 2021).

Uso del mHealth como herramienta de prevención e intervención.

En la literatura científica, el uso del mHealth se describió en el contexto sanitario, como una herramienta alternativa a las actuaciones convencionales. El uso de la tecnología en este ámbito se está empleando de forma cada vez más habitual en los procesos de evaluación e intervención. Esto es objetivable con el aumento progresivo del número de publicaciones que incluyen este término en WOS (Figura 14).

La casuística, circunstancias y el enfoque en las que se hace uso del mHealth lleva consigo la aplicación de técnicas o formas de actuación que son inherentes al modelo centrado en la familia: participación activa familiar, atención a las necesidades y prioridades demandadas, búsqueda conjunta de soluciones (Kronberg et al., 2021; Landolfi et al., 2022; Martínez-Rico et al., 2023).

Las metodologías utilizadas en el ámbito sociosanitario están respaldadas por investigaciones que aseguran una práctica clínica basada en la evidencia con resultados empíricos. La implementación de nuevas técnicas o modelos de intervención no solo necesitan una validación a nivel teórico que justifique y de calidad a estas, sino que se precisa una validación de carácter social.

El estudio reciente de Martínez-Rico et al., (2023) realizado en población española, no solo analiza factores de viabilidad, utilidad o posibles intervenciones futuras del mHealth en los servicios de atención temprana, si no que tiene en cuenta la usabilidad, efectividad, competencia y confianza; factores que guardan relevancia entorno la validez social. Otros

estudios como los de du Plessis et al., (2022); García-Ventura et al., (2021); McCarthy et al., (2021); Popova et al., (2022); Rose et al., (2019) y Vilaseca et al., (2021) valoran factores que tienen que ver con los técnicos que llevan a cabo la intervención buscando su validación profesional.

La emergencia sanitaria a nivel mundial ocasionada por el COVID'19 comprometió la gran mayoría de metodologías y técnicas que se llevaban a cabo de manera tradicional y presencialmente, lo que generó un cambio de modalidad de estos (Badawy & Radovic, 2020; To & Lee, 2023). Se llevaron a cabo protocolos y guías que facilitasen ese cambio hacia la teleintervención. El uso del mHealth cobró pues gran importancia y se hizo desde diferentes objetivos.

Por un lado, desde una visión preventiva, donde el objetivo era aportar información de calidad y concienciación a la población, así como estrategias para el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Por otro, desde una visión más interventiva, se facilitaron nuevas vías de comunicación profesional-usuario y se hizo una adaptación del proceso diagnóstico y de tratamiento sin

necesidad de un desplazamiento, es decir, en el entorno natural (Giansanti, 2021).

En este estudio se identificaron 2 estudios donde los términos “COVID-19” y “Telehealth” se encuentran en el título, y ambos exponen el uso de la tecnología mHealth como herramienta de intervención con resultados positivos en población infantil (Giansanti, 2021). Miller et al., (2022) refieren un seguimiento más cercano de los neonatos tras haberles dado de alta en la unidad de cuidados intensivos, lo que propició una mayor detección de casos que precisaron de una derivación adicional a otro servicio. En el caso de Kronberg et al., (2021), los hallazgos sugirieron que el uso del mHealth en manos de técnicos especializados en infancia que trabajen desde una intervención basada en el

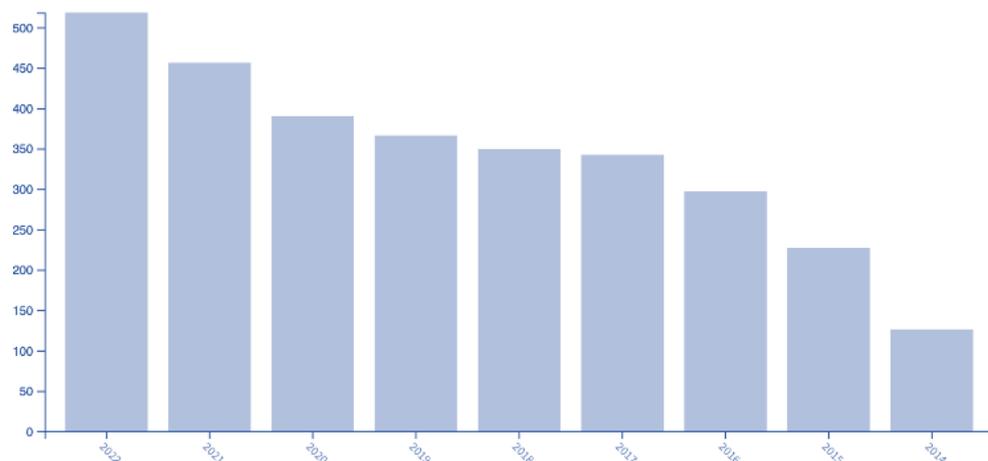
“coaching” hacia familias con niños en una unidad de atención temprana durante un periodo de 9 semanas puede ser eficaz para la consecución de objetivos. Un estudio publicado un año después por Qu et al., (2022) en población TEA, donde se utilizó el mismo método de intervención, obtuvo resultados positivos en cuanto a variables de percepción familiar.

Estudios posteriores continúan esa línea de prevención e intervención en aspectos determinantes en la salud de los infantes de 0 a 6 años, mostrando índices de eficacia y aceptabilidad, en donde la figura de la familia y su contexto se ven ensalzados en el proceso (Cheung et al., 2022; Denis et al., 2022; Landolfi et al., 2022; Martínez-Rico et al., 2023; Qu et al., 2022; Staiano et al., 2022).

Figura 14

Tendencia del número de publicaciones en Web of Science que incluyen el término “mHealth” en el título en el periodo 2014-2022.

Nota. Fuente: Web of Science (<https://www.webofscience.com>)



La comunicación durante la teleintervención puede verse limitada por barreras logísticas.

Una etapa previa formativa y de interacción antes del uso de la metodología mHealth podría mejorar el desarrollo del compromiso y la comunicación entre familias y profesionales. En este sentido existen dos grandes grupos a tener en cuenta: la familia y el equipo técnico.

El estudio de Yang et al., (2021) contemplado en esta revisión, muestra una reacción reluctante sobre el uso de la telesalud en el servicio de Atención Temprana. Varios familiares reportaron sentimientos de incomodidad e incapacidad para llevar a cabo las sesiones vía telemática o que los profesionales pudieran solventar situaciones a distancia. Una posible explicación que se pone sobre la mesa fue que la familia buscaba un enfoque de intervención centrado en el niño en donde cobraban más valor el uso de materiales con el terapeuta cara a cara.

También se ponen en juego otras barreras para su implementación que coinciden con los estudios de Blaiser et al., (2013), Li et al., (2013) y Rose et al., (2019) y

que son limitantes para un correcto funcionamiento de las sesiones: acceso a una línea ilimitada de datos, acceso a una banda ancha de conexión a internet, acceso a dispositivos electrónicos y manejo de estos.

Otra de las barreras que destacan y se relaciona directamente con la percepción familiar es la adherencia. La investigación de Li et al., (2013), que hacía uso de los mensajes de texto de servicio de mensajes cortos (SMS) como herramienta de recogida de datos acerca de los programas de salud en la China rural, mostró una tasa de participación baja justificada por los participantes como olvidos. Ante estas situaciones, Staiano et al., (2022) propone el uso de notificaciones automáticas que refuercen el uso de la plataforma o sistema de recogida de datos por parte de la muestra. Este método de notificaciones fue implementado también por el equipo de Denis et al., (2022) con el fin de crear un sistema más eficiente de detección y derivación de casos.

En cuanto a la rama profesional, el uso cada vez más común del mHealth, genera controversia en determinadas ocasiones. A pesar de que en la revisión

sistemática no se recogen estudios que citen de manera específica esto aplicándolo directamente a la teleintervención, pero sí al modelo centrado en la familia, el cual es inherente. Cabe pensar que los profesionales deben tener una formación previa especializada para poder llevar a cabo de manera correcta las intervenciones. En su estudio, McCarthy et al., (2021) dieron formación continuada acerca del uso de la teleintervención a profesionales adecuándola a las necesidades de la estos y siguiendo su propio protocolo creado años atrás (McCarthy, 2013). El estudio de Popova et al., (2022) aboga por futuras investigaciones que propicien oportunidades de formación, específicamente para favorecer la comunicación con las familias.

El mHealth como posible solución a las barreras contextuales.

El uso del mHealth ha demostrado beneficios no solo en valores puramente interventivos, sino que también existe documentación donde se refleja un carácter más logístico. Su aplicación se ha puesto en marcha en entornos más remoto o con menos recursos como posible solución a los traslados

continuados a centros sanitarios de referencia, normalmente localizados en núcleos urbanos. En esta revisión sistemática, 3 estudios se realizaron en entornos rurales o en vías de desarrollo: 2 en zonas distintas de África; Ghana y Sudáfrica y 1 en China.

Tanto el estudio de Ameyaw et al., (2019) como el de Du Plessis et al., (2022) estaban enfocados a la detección y diagnóstico de la sordera o hipoacusia. El primer estudio consistió en el establecimiento de una red interregional con el fin último de realizar un análisis comparativo entre dos técnicas de screening auditivo; telemática y presencial. Los resultados obtenidos demostraron altos índices de eficiencia en cuanto al factor tiempo; las familias no debían de recorrer un trayecto tan largo, lo que se tradujo en un ahorro de tiempo y gastos económicos. El segundo estudio, centrado en los profesionales de la salud, habla del uso del mHealth como un apoyo para el conocimiento y la percepción de la salud auditiva de los niños lo que propiciará una intervención escalable y de bajo costo en la prevención de la hipoacusia o sordera infantil.

En el estudio de Li et al., (2013), a pesar de que la adherencia al programa de monitoreo no fue el adecuado obteniendo como resultado niveles de respuesta más bajos que el método cara a cara, se registró un coste menor.

Discusión

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo describir la naturaleza del modelo centrado en la familia y la metodología mHealth en el ámbito de la AIT, específicamente en edades comprendidas entre los 0 y 6 años; horquilla donde se producen innumerables cambios que tienen que ver directamente con el desarrollo.

El desarrollo madurativo del niño consiste en una serie de patrones evolutivos preestablecidos que son consecuencia de la relación entre factores intrínsecos; ligados a la genética y factores extrínsecos; ligados al contexto y entorno que rodea al niño (Cruz-Hernández et al., 2019; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001; Shonkoff, 2010; Shonkoff et al., 2012). Este proceso puede ser explicado a través del modelo integral del funcionamiento de la discapacidad y la salud que plantea la CIF (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001), el cual

viene definido por tres ejes fundamentales: funciones y estructuras corporales, la actividad y la participación, dependientes de la condición de salud. Cuando existe algún tipo de dificultad en alguno de los tres ejes es lo que se conoce como deficiencia, limitación o restricción respectivamente. En el caso de que la tríada de factores se encuentre alterada en su totalidad, es cuando hablaremos de discapacidad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001).

Si se da esta situación, la población infantil cuenta con unos servicios asistenciales conformados por un equipo de expertos en el área pediátrica que se encargarán de proporcionar atención a aquellos niños que se encuentren en riesgo o padezcan algún tipo de afectación que restrinja su capacidad de participación y desempeño ocupacional, afectando de forma negativa en su calidad de vida (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003).

La intervención de estos equipos puede estar basada en diferentes modelos que definen la práctica clínica, en el caso del modelo de atención centrado en la familia, sus principios (Bruder, 2000;

Turnbull et al., 2007) facilitan un establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico, lo que propiciaba que tanto las familias como los niños que acuden al servicio, tuviesen sentimientos positivos durante la totalidad del proceso interventivo (Hughes-Scholes & Gavidia-Payne, 2019; Jemes-Campana et al., 2021; Lee et al., 2022; Martínez-Rico et al., 2023; Oliver et al., 2023; Park et al., 2020; Popova et al., 2022; Subinas-Medina et al., 2022).

La inclusión de la figura de la familia como agente activo en el proceso es el principio fundamental que establece que guarda relación con el modelo de relaciones intencionales donde la dinámica interpersonal o la interacción entre la tríada profesional-familia-niño tiene el poder de capacitar o inhibir esa participación activa durante el proceso (Lee et al., 2022; Popova et al., 2022) y que marca una diferencia frente a otros modelos de atención como son el modelo centrado en la persona (Collins, 2010) o el modelo centrado en el sistema (Martínez, 2015), donde la interacción con la familia son meramente relacionales (Mas et al., 2022).

Los autores coinciden en que la percepción del servicio está condicionada a la calidad de la relación terapéutica; cuando el profesional tiene en cuenta los valores, creencias y necesidades de la familia (van der Zee & Dirks, 2022), sus demandas y preocupaciones (Martínez-Rico et al., 2023) a la hora de pactar los objetivos de intervención, así como facilitar un entorno seguro donde se ofrece apoyo y orientación (Blaiser et al., 2013; du Plessis et al., 2022; Jemes-Campaña et al., 2021); esto conlleva a valores más elevados en cuanto a factores como la satisfacción, la confianza, el sentimiento de competencia y el empoderamiento (Muthukaruppan et al., 2022; Oliver et al., 2023; Park et al., 2020; Qu et al., 2022; Subinas-Medina et al., 2022).

Estas variables guardan relación con la calidad de vida familiar; considerada como fin último de la intervención en Atención Temprana (Jemes-Campaña et al., 2021), siendo estas importantes predictores de la calidad del servicio y de validez social (Martínez-Rico et al., 2023). Asimismo, el papel de los profesionales es de vital importancia, la literatura científica señala la necesidad de formación

especializada para la capacitación adicional y el desarrollo de competencias interdisciplinarias para el correcto funcionamiento de los servicios de Atención Temprana (Popova, O'Brien & Taylor, 2022).

En los últimos años, la literatura científica ha supuesto un proceso de reorientación y de paradigma (Martínez, 2015) lo que a efectos prácticos ha supuesto un cambio en la modalidad de atención. Estos cambios implican una transformación profunda a nivel de organización, de roles profesionales y de funcionamiento del sistema (Collins, 2010; García-Sánchez et al., 2014; Gine et al., 2006).

Un ejemplo clave en el año 2020, fue la introducción del mHealth o teleintervención de forma masiva, como solución a la emergencia sanitaria a raíz del COVID'19, que ha sido implementada en el ámbito de la atención temprana desde diferentes estrategias. En el estudio de Cason et al. (2012) destaca la incorporación del mHealth en diversidad de programas atencionales en los diferentes estados a través del desarrollo de nuevas políticas de educación e investigación, el desarrollo de

aplicaciones seguras; importantes para mejorar la calidad del servicio asistencial.

Uno de los ejes estratégicos tiene que ver con la prevención y diagnóstico, donde el objetivo consiste en facilitar información de calidad y concienciar a la población para el mantenimiento de un estilo de vida saludable. Helle et al. (2017), Pearson et al. (2022) y Rose et al. (2019) centran sus investigaciones en la promoción de hábitos de alimentación saludable en donde utilizan la metodología mHealth para trasladar información de esta índole.

En esa misma línea, estudios más enfocados a la detección precoz han implementado esta tecnología para recoger información basada en los hitos del desarrollo o en valores estándar del desarrollo típico y en el caso de detectar algún tipo de desviación, notificar al cuidador principal (Ameyaw et al., 2019; Denis et al., 2022; Miller et al., 2022) y sugerirle que solicitase una cita con su centro de referencia (Denis et al., 2022; Miller et al., 2022) posibilitando un abordaje temprano.

Otro de los ejes es la propia intervención, donde el mHealth ha tenido una aplicación en diferentes grupos poblacionales y con diferentes técnicas de intervención.

Los estudios de Kronberg et al. (2021), Qu et al., (2022) y Staiano et al. (2022) basan su proceder en la técnica de coaching mostrando una buena acogida por parte de las familias y eficacia en cuanto a la consecución de objetivos y logros. Esta técnica guarda relación con la facilitación de un entorno seguro donde se ofrece apoyo y orientación (Blaiser et al., 2013; du Plessis et al., 2022; Jemes-Campaña et al., 2021) en base a una escucha activa y un tándem entre la familia y el profesional.

Por otro lado, Blaiser et al. (2013) y du Plessis et al. (2022) centran sus estudios en población con sordera o hipoacusia, obteniendo resultados positivos en las habilidades del lenguaje de los niños. Landolfi et al. (2022) basa su estudio en la capacitación profesional estableciendo una relación entre el nivel de especialización y la calidad del apoyo en las intervenciones con niños con discapacidad auditiva. Este estudio guarda relación con el de Popova et al. (2022) que establece la forma de saber

comunicarse como parte del proceso de especialización en el modelo centrado en la familia y el de Cheung et al. (2022) que afirma que es necesario que los profesionales deben afianzar sus conocimientos y habilidades para colaborar con las familias y capacitarlos durante las sesiones.

Asimismo, a pesar de que existe un deseo hacia el modelo centrado en la familia en las prácticas (García-Ventura et al., 2021) aparecen barreras o impedimentos que dificultan su puesta en marcha (Blaiser et al., 2013; García-Ventura et al., 2021; Yang et al., 2021).

En el caso de áreas rurales o países en vías de desarrollo, la población se enfrenta a desafíos únicos (European Commission, 2023) donde la teleintervención parece promover soluciones en cuanto a la provisión de oportunidades (Ameyaw et al., 2019; du Plessis et al., 2022; Li et al., 2013).

Limitaciones del estudio

Los autores de este estudio reconocen la existencia de algunas limitaciones dentro de esta revisión sistemática. En primer lugar, el uso de únicamente tres bases de datos podría haber afectado a los hallazgos, excluyendo indirectamente alguna publicación que podría haber sido de interés para el presente estudio. En segundo lugar, el alcance de la revisión incluyó únicamente artículos publicados en inglés y español lo que puede haber obviado estudios susceptibles de análisis en otros idiomas. Además, se incluyeron estudios en una horquilla temporal que data del 2023-2012, por lo que, algunos estudios pueden haber sido excluidos si se publicaron previamente. Finalmente, existe una falta de acuerdo en la literatura para el uso de terminología que fue clave en la búsqueda en lo referido a "teleintervención", habiendo gran cantidad de expresiones para referirse al mismo, pudiendo haber excluido algún estudio por no recoger la palabra clave.

Marco normativo

Se tiene en cuenta que las líneas emergentes en el campo de la Atención Temprana, así como los nuevos modelos de intervención deben estar respaldados por un marco normativo sólido que marque las líneas de trabajo en el campo de la Atención Temprana, así como los indicadores de calidad que se deben tener en cuenta.

Bajo esta premisa, el marco normativo comienza a establecerse a nivel mundial, concretamente en La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (UNICEF, 2006), con entrada en vigor a fecha 2 de Septiembre de 1990, donde se recoge que los Estados Partes, en base a la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se proclama que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales, apoyando y dando prioridad a la familia como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para la evolución y el bienestar de todos sus miembros, en particular de los niños (Boletín Oficial del Estado, 1990).

Así mismo, en su Capítulo VII sobre Salud Básica y Bienestar, se apuesta por el derecho a la salud, de forma que se asegure el logro del mejor estado de salud posible, así como el acceso y la asequibilidad de la atención de la salud como un derecho inherente para todos los niños.

Con relación a la salud, la Convención también prioriza los Sistemas de Prevención. El Comité de los Derechos del Niño, en este término, vela por la inclusión y fortalecimiento de la atención prenatal para los niños, así como la aseguración de una asistencia de calidad durante el parto. Por otro lado, también se recomienda que los Estados Parte proporcionen servicios que contemplen la salud postnatal y organicen campañas que informen a los padres y otras personas que cuidan a los niños sobre cuidados de salud básicos.

En esta línea, se propone un sistema de detección precoz que tenga en cuenta un diagnóstico lo más pronto posible de las discapacidades y problemas en el desarrollo. Esta detección precoz precisa que los profesionales de salud, padres, maestros, así como otros profesionales

que trabajan con los niños, sepan identificar las señales de alerta. El Comité de los Derechos del Niño, pone de manifiesto, de forma intrínseca a la detección precoz, que los servicios se basen tanto en la comunidad como en el hogar, además de un fácil acceso a los recursos (CERMI, 2017). Años más tarde, en 2006, la Organización de Naciones Unidas (ONU), con la adopción de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CERMI, 2017) pone énfasis, una vez más, en el valor y la dignidad intrínseca de cada ser humano. Establece como prioridad el máximo desarrollo del potencial, la personalidad, los talentos y la creatividad de la población pediátrica con discapacidad o riesgo de padecerla. En estas convenciones a nivel mundial ya se marcan las premisas que guiarán el desarrollo de políticas en el ámbito europeo y, posteriormente, de cada país sobre promoción de infancias estimulantes y satisfactorias y una transición plena, efectiva y significativa en la adultez (Organización Mundial de la Salud & UNICEF, 2013). Además, la ONU aprueba en 2015 la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible (Organización de Naciones Unidas, 2015), siendo este

documento una oportunidad para que los países y sus sociedades garanticen una mejora de vida para toda la población. La Agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los cuáles se contempla la protección de la infancia. Véase (Organización de Naciones Unidas, 2015):

- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. En relación con este objetivo se plantean medidas que tengan por finalidad reducir la mortalidad prematura, lograr cobertura sanitaria universal, así como garantizar el acceso a medicamentos y vacunas seguras y eficaces.
- ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Con este objetivo la ONU pone de manifiesto la importancia de buscar soluciones equitativas y el acceso universal a la educación, así como garantizar respuestas coordinadas que eviten el solapamiento de los esfuerzos (Organización de Naciones Unidas, 2015).

En este término, se puede entender que desde la ONU, a nivel mundial, la atención a población con discapacidad o en riesgo de padecerla es contemplada desde tres estamentos fundamentales: el sanitario, el educativo y el social (Organización de Naciones Unidas, 2015).

A nivel mundial se marcan las premisas que guiarán el desarrollo de políticas a nivel europeo y posteriormente de cada país sobre promoción de infancias estimulantes y una transición plena, efectiva y significativa a la edad adulta.

Marco europeo

A nivel europeo, la Agencia Europea para las Necesidades Especiales y la Educación Inclusiva pone de manifiesto en su documento de Atención Temprana, Progresos y Desarrollo, elaborado en 2005 (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010), la prioridad actual de apostar por una atención y educación infantil de máxima calidad como punto clave y decisivo para lograr dos de los Objetivos

de Desarrollo Sostenible para 2030: reducir el abandono escolar a menos de un 10% y sacar de la pobreza y la exclusión social al menos a veinte millones de personas. Por lo tanto, poner esfuerzos en la atención a la infancia sería imprescindible para lograr la estrategia de Europa en relación a los niños que se encuentran en riesgo o que tienen necesidades especiales (European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2011).

Entendiendo la atención pediátrica como base para el crecimiento y el desarrollo de la sociedad, la Estrategia Europea de 2030 sobre Discapacidad insta a los Estados Miembros a ofrecer y desarrollar servicios de intervención temprana, teniendo en cuenta como premisas fundamentales que el menor con necesidades de apoyo alcance el mejor desarrollo de forma que se asegure y mejore su evolución personal. Así mismo, se hace una apuesta por reforzar las competencias y la calidad de vida familiar, así como fomentar una plena inclusión social de la familia y el menor (European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2011)

Según la Agencia Europea de 2030, la prioridad actual en el campo de la Atención Temprana es apostar por una atención y educación infantil de máxima calidad.

Marco estatal

Por su parte, en España, con el fin de materializar los objetivos y líneas que establecen los Estados Miembros de la Unión Europea (UE) en su documento técnico desarrollado en 2011 (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2011), han apostado por convertir la Atención Temprana en una prestación imprescindible para todos los niños y niñas que tienen dificultades de desarrollo o que se encuentran en riesgo de tenerlos. Al estar reconocida como una prestación básica se han desarrollado, a nivel institucional y político en todo el territorio español, normas y redes de servicios que establezcan los procedimientos de acceso al recurso. Sin embargo, a pesar de que estas iniciativas y procedimientos se desarrollan bajo unos principios

centrales generales, en el proceso de adaptación a las distintas realidades se ha generado una diversificación en torno a los principios, criterios, coberturas, procedimientos y objetivos que dista mucho del criterio común a todos los territorios (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2018).

La AIT es reconocida como derecho subjetivo en dos leyes fundamentales en España. Por un lado, La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y, por otro lado, La Ley General de Derechos de las personas con Discapacidad, aprobada mediante Real Decreto Legislativo 1/2013 del 29 de Noviembre (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013b).

Según el Real Decreto 1051/2013 del 27 de Diciembre (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013a), por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, dentro del artículo 6 y en relación a la intensidad del servicio de promoción de la autonomía personal, se introducen por primera vez los servicios

de habilitación y terapia ocupacional, así como Atención Temprana. A su vez, la concreción de intensidad se determinará en el programa individual de atención, de conformidad con las horas mensuales que establezca el correspondiente dictamen técnico en función de las actividades de la vida diaria en la que la persona en situación de dependencia precise apoyos o cuidados (Gobierno de España, 2006).

Posteriormente, cada comunidad autónoma desarrolla los planes estratégicos para llevar a cabo las líneas legislativas marcadas a nivel estatal para con la Atención Temprana. Los Decretos desarrollados a nivel autonómico son los siguientes:

- Decreto 85/2016 del 26 de Abril por el que se regula la intervención integral en Atención Infantil Temprana en Andalucía (Consejería de la Presidencia y Administración Local, 2016).
- Decreto 183/2013 del 5 de Diciembre por el que se crea la Red Gallega de Atención Temprana (Consejería de Trabajo y Bienestar, 2013).

- Decreto 46/2015 del 7 de Mayo por el que se regula la coordinación en la prestación de la Atención Temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de Atención Temprana (Comunidad de Madrid, 2015).
- Decreto 198/2019, del 28 de Agosto por el que se regula la red de Atención Temprana de Navarra (Departamento de Servicios Sociales de Navarra, 2019)
- Decreto 3/2011 del 19 de Enero, regulador de la intervención integral en AT en la Rioja (Consejería de Servicios Sociales, 2011)

En España, la Atención Temprana está reconocida como una prestación imprescindible para todos los niños y niñas, y se introduce por primera vez en Según el Real Decreto 1051/2013 del 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006.

CLAVES

El Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño apuesta por fortalecer la atención prenatal, durante el parto y postnatal.

Entre los objetivos de Europa para 2030 con relación a la infancia se encuentran: reducir el abandono escolar a menos de 10% y sacar de la pobreza y la exclusión social al menos a veinte millones de personas.

La estrategia Europea de Discapacidad insta a los Estados Miembros a desarrollar servicios de intervención temprana, asegurando que el niño/a con necesidades de apoyo, alcance el mejor desarrollo y contempla mejorar la calidad de vida del niño/a y de su familia.

La Atención Temprana en España es reconocida como una prestación imprescindible que se regula a través del Real Decreto 1051/2013 del 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La prestación de Atención Temprana en términos estatales se puede dar desde la Sanidad, Educación y/o Servicios Sociales.

Marco autonómico

La AIT en Asturias se organiza en base a tres sistemas: sanitario, educativo y social. Por lo tanto, un objetivo claro e inherente a este documento es comprender y profundizar en el funcionamiento del servicio de Atención Temprana desde esta triada de sistemas.

En la Ley General de Salud Pública ya se alude en el Capítulo III a la implantación de programas de prevención de la salud dirigidos a todas las etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en infancia y vejez. En el Decreto 36/2022 del 10 de junio por el que se regula la organización y funcionamiento de los equipos de Atención Primaria de Servicios Sociales del Principado de Asturias (Consejería de Salud, 2022), en concordancia con la Ley General de Salud Pública (Gobierno de España, 2011), se contempla la importancia de detectar de forma precoz las necesidades y dificultades sociales de la persona atendida, valorando la existencia de riesgo social y cómo esta puede influir en su estado de salud, esto se refleja en el Plan Sociosanitario de Asturias de 2019 (Gobierno del Principado de Asturias, 2022). En este documento se realiza un

planteamiento del modelo de atención sociosanitaria, el cual se centra especialmente en un ámbito compartido entre los sectores social y sanitario. Uno de sus puntos clave es remarcar la importancia de un sistema de coordinación efectiva entre las distintas administraciones, que cuente también con la posible necesidad de coordinación con otros departamentos sectoriales como puede ser el ámbito educativo y de infancia.

En el Plan Sociosanitario de Asturias 2019 (Gobierno del Principado de Asturias, 2022), se propone un plan de acción específicamente para los menores atendidos en las UAIT del Principado de Asturias. El objetivo que se plantea pone de manifiesto la importancia de favorecer que los niños y niñas del Principado de Asturias que presenten trastornos en su desarrollo o tengan riesgo de padecerlos reciban un tratamiento adecuado e integral desde estas unidades y el Servicio de Salud (Atención Primaria y hospitalaria). Este tratamiento incluye entre sus objetivos indispensables para lograr el éxito en la intervención, un sistema de coordinación que asegure la integración en el medio

familiar, escolar y social, y potenciando al máximo su autonomía personal. En el ya mencionado Plan Sociosanitario de Asturias de 2019, la coordinación que se propone se relaciona con la comunicación entre el equipo de profesionales de orientación interdisciplinar de las UAIT, dependientes de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, con Pediatría Hospitalaria y Atención Primaria, dependientes de la Consejería de Sanidad (Gobierno del Principado de Asturias, 2022).

Dentro del Plan Sociosanitario de 2019, en sus acciones principales se propone la elaboración de protocolos que primen la colaboración entre las UAIT, los centros educativos, los servicios de orientación educativa de la Consejería de Educación, los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios. En el Informe de Evaluación Final del Plan Sociosanitario (Gobierno del Principado de Asturias, 2022), además, incorpora, respecto al primer informe elaborado, como indicador de que se cumple esta acción propuesta, la existencia de un protocolo común de coordinación entre las UAIT, pediatría y servicios de rehabilitación. En el Principado de Asturias se encuentran dos

planes que lleven a cabo estos protocolos: el Plan de Actuación Integral para las Personas con Discapacidad de Asturias 2015-2017 (Consejo de Gobierno, 2015) y el III Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016 (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013). Estos documentos se entienden desde el marco de promoción de los derechos de la infancia y la adolescencia, recogiendo un importante compromiso de intervención sociosanitaria cuyo cumplimiento exige la colaboración de los servicios del ámbito de derechos sociales y salud. Dicho compromiso se materializa a través de las siguientes medidas propuestas:

- Coordinación de salud mental en el caso de trastorno mental en adolescentes.
- Implementación de programas de alimentación saludable.

En conclusión, desde el servicio de salud, la Atención Temprana se enfoca a tres objetivos fundamentales: prevención de problemas de salud desde las primeras etapas de la vida; detección de dificultades o limitaciones en cualquier área del desarrollo del menor, y tratamiento adecuado e integral de

manera precoz en los casos en los que se detecten necesidades. De forma transversal a estos tres objetivos, se establece como clave en la atención a la infancia un sistema intersectorial que asegure la coordinación entre los sistemas que participen de forma activa

en el tratamiento del menor. También se hace referencia al establecimiento de cauces de comunicación efectivos que trasladen la información y coordinen el caso en cualquier fase de su atención, ya sea prevención, detección y/o tratamiento integral.

CLAVES

El Principado de Asturias se organiza en base a tres Sistemas: sanitario, educativo y social.

En el Decreto 36/2022 del 10 de junio por el que se regula la organización y funcionamiento de los equipos de Atención Primaria de Servicios Sociales del Principado de Asturias se contempla la importancia de detectar de forma precoz las necesidades y dificultades sociales de la persona atendida.

En el Plan Sociosanitario de Asturias de 2019 recoge como punto clave remarcar la importancia de un sistema de coordinación efectiva entre las Administraciones.

En el Plan Sociosanitario se propone como objetivo que los/las menores atendidas en las UAIT que presenten trastornos en su desarrollo o tengan riesgo de padecerlos reciban un tratamiento adecuado desde las UAIT y el Servicio de Salud.

Este Plan propone un sistema de coordinación entre los centros educativos, los Servicios de orientación Educativa de la Consejería de Educación, los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios.

Relación sistema de salud y sistema educativo

En lo relativo al ámbito educativo, a nivel estatal se contemplan dos leyes orgánicas que aluden a la atención a población infantil con necesidades educativas. Estas son:

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

En estas leyes, y posteriormente en los planes sanitarios, se propone como prioridad en el sistema, la detección precoz de los requerimientos de Atención Temprana con el fin de objetivar y atender las necesidades específicas de apoyo educativo. Todo ello orientado a cumplir objetivos de equidad y acceso universal.

A nivel estatal, las administraciones educativas velarán por las necesidades de escolarización garanticen la respuesta más adecuada a las necesidades específicas de cada alumna o alumno, de acuerdo con el procedimiento que se recoge en el artículo 74 de la Ley

Orgánica del 3/2020. El Gobierno de España, en colaboración con las administraciones educativas, desarrollará un plan para que, en el plazo de 10 años, de acuerdo con el artículo 24.2 de la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y el cumplimiento del 4º ODS de la Agenda de 2030 (Organización de Naciones Unidas, 2015), los centros ordinarios cuenten con los recursos más adecuados para atender a los niños con discapacidad.

Además, en esta Ley Orgánica se pone de manifiesto que en la dotación de estos recursos se beneficiarán los niños y niñas que pudieran requerir una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar Necesidades Educativas Especiales (NEE) debidas a: retraso madurativo, trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa; por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.

Todo ello con el fin de maximizar el desarrollo de sus capacidades personales.

Al igual que en el sector sanitario, en el ámbito educativo, según el Decreto 56/2022 del 5 de agosto (Consejería de Educación, 2022), por el que se regula la ordenación y se establece el currículo de la Educación Infantil en el Principado de Asturias, también se estructura la atención a la primera infancia en dos premisas fundamentales.

Por un lado, será función de la Consejería de Educación, a través de la Dirección General de Ordenación, Evaluación y Equidad Educativa, establecer los procedimientos que permitan tanto la detección temprana de dificultades que puedan presentarse durante el proceso de aprendizaje, como la prevención de estas a través de planes y programas. Ello, sin perjuicio de las competencias de otros organismos y servicios especializados en la Atención Temprana de la primera infancia.

Por otro lado, de forma paralela a todo el proceso de atención, se facilita la coordinación de cuantos sectores intervengan en la atención al alumnado de acuerdo con el Decreto 147/2014 del 23

de diciembre por el que se regula la orientación educativa y profesional del Principado de Asturias.

La interrelación del sistema sanitario y educativo, en lo que a la Atención Temprana implica, confluye en la fase de detección de necesidades, con la salvedad de que el sistema educativo estructura una planificación de intervención que va desde la detección de necesidades educativas a la dotación de recursos y servicios una vez que se identifican. Por su parte, en el sistema sanitario, la detección comienza en el servicio de atención primaria del sistema de salud asturiano, con el médico pediatra o neuropediatra; teniendo en cuenta que desde este sector el tratamiento será médico y no interventivo, o rehabilitador específicamente.

Relación Derechos Sociales y Atención Temprana

Con respecto al tercer ámbito de actuación de Servicios Sociales, el decreto más actual en el cual se contempla el Servicio de Atención Temprana en el Principado de Asturias es el Decreto que regula el procedimiento de reconocimiento de la situación de

dependencia y del Derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia es el Decreto del 4/2023 del 27 de enero (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2023). En él se recogen los servicios prestados a personas que tengan valorado algún grado de dependencia, entre ellos, la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Primeramente, se lleva a cabo la valoración del grado de dependencia. Una vez la persona es valorada, tiene acceso al catálogo de prestaciones aprobado en el Decreto 74/2022 por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, y por tanto, a los programas de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, donde se encuentra recogido el Servicio de AIT.

Con relación al marco de desarrollo normativo de atención a la primera infancia, y en base a las normativas y leyes expuestas anteriormente, se encuentra en desarrollo el Decreto Regulator de la AIT en el Principado de Asturias que tiene por finalidad la organización y coordinación del conjunto de intervenciones en el campo de la

atención temprana, atendiendo a la necesidad de priorización y protocolización de los tratamientos desde los ámbitos de salud, educación y servicios sociales en el Principado de Asturias, con el fin de avanzar, por un lado, en la promoción de la autonomía personal, y por otro, en la situación de dependencia de la población infantil de 0 a 6 años que se encuentre en situaciones de vulnerabilidad y/o que requiera una intervención integral especializada.

En Asturias la Atención Temprana se organiza en leyes y planes desde los ámbitos educativo, sanitario y social con el fin de organizar la detección, prevención y tratamiento de los niños/as con problemas de desarrollo y/o riesgo de padecerlos. Transversalmente se vela por un sistema de coordinación intersectorial de los tres sistemas de atención.

La prioridad de este documento normativo para la Atención Temprana en esta comunidad autónoma tiene como fin último dar respuesta a dos cuestiones que han sido ampliamente referenciadas desde el marco normativo Europeo de la Atención Temprana hasta el Estatal. Por un lado, establecer un procedimiento que regule la respuesta de Atención Temprana y, por otro, disponer un sistema de coordinación entre todos los agentes que intervienen en el proceso del menor, tanto desde los ámbitos educativo, social y sanitario (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021).

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ASTURIAS

- Estructura y modelo de la atención temprana en Asturias
- Detección de casos
- Fases de acceso
- Funcionamiento interno de las UAIT
- Evaluación del servicio
- Datos de servicios y cobertura

El capítulo que se presenta a continuación sigue dando respuesta al objetivo específico 2 que persigue este documento, y que alude a la realización de un análisis de la prestación actual del servicio de AIT en el Principado de Asturias y de las actuaciones vinculadas con la Atención Temprana desde el ámbito público y privado.

Para este fin, es necesario una contextualización territorial y demográfica de la AIT en el territorio objeto de estudio, así como un análisis de su estructura y organización.

Las UAIT y recursos de Atención Temprana en el Principado de Asturias en relación a la atención infantil de 0 a 6 años se organizan y distribuyen según el Mapa Asturiano de Servicios Sociales aprobado en el Decreto 108/2005 (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005).

CLAVES:

- Desde el Servicio de Salud asturiano, la Atención Temprana se enfoca a tres objetivos fundamentales implementados en tres sistemas (Sistema de Salud, Educación y Servicios Sociales) que se analizarán de forma individual a lo largo de este documento. Los objetivos son: prevención de problemas de salud desde las primeras etapas de la vida, detección de dificultades o limitaciones en cualquier área del menor y tratamiento adecuado e integral de manera precoz, así como un sistema de coordinación intersectorial.
- Desde el ámbito educativo, se propone como prioridad en el Sistema, la detección inmediata de necesidades específicas de apoyo educativo.
- Desde Servicios Sociales, se contempla una valoración de dependencia de forma inmediata, así como la prestación íntegra del Servicio de Atención Temprana a través del Catálogo de prestaciones aprobado en el Decreto 74/2022 por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Paralelo a la normativa existente desde los tres ámbitos, se encuentra en desarrollo el Proyecto de Decreto para la Regulación de la Atención Temprana en el Principado de Asturias desde el cual se establece un sistema de

Con el fin de entender la distribución geográfica de las UAIT, es importante explorar la tipología de las unidades territoriales que componen el modelo de ordenación territorial, diferenciando:

- Áreas Sociosanitarias que coinciden con las áreas establecidas en el Mapa Asturiano de Servicios Sociales (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005).
- Distritos, conformador por concejos de más de 20.000 habitantes. Dentro de los distritos se establece una distinción según el volumen demográfico sobre la base de 75.000 habitantes. Con este cribado se diferencian dos tipos:
 - Distritos con población superior a 75.000 habitantes
 - Distritos con población inferior a 75.000 habitantes.

A su vez, los distritos engloban una o varias zonas básicas, denominadas zonas básicas de distrito. Las zonas básicas son las que se encuentran compuestas por uno o varios concejos. La doble tipología de distrito se traslada también a las zonas básicas, por lo que

existirían zonas básicas de distritos con población superior a 75.000 habitantes y zonas básicas de distritos con población inferior a 75.000 habitantes.

- **Zonas básicas:** estas zonas son las compuestas por demarcaciones que van de 3.000 a 20.000 habitantes que corresponden a concejos o agrupaciones de estos.
- **Zonas especiales:** hacen referencia a los territorios que por sus características demográficas, geográficas y de medios de comunicación no reúnen condiciones para constituirse como zona básica (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005).

Concretamente, las UAIT se localizan en las áreas de Servicios Sociales. Estas áreas se definen como ámbito territorial que agrupa distritos, zonas básicas y zonas especiales, coincidentes con el Mapa asturiano de Servicios Sociales del Principado de Asturias (Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias., 2005).

Estas áreas sociosanitarias (Figura 15) constituyen la unidad de planificación para garantizar la compensación y equidad territorial de los servicios sociales y sirven de referencia para el establecimiento de redes completas de servicios sociales (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005).

Las UAIT son definidas como “recursos descentralizados y especializados que, compuestos por equipos multidisciplinares, prestan servicios de AIT dentro de un ámbito territorial en estrecha coordinación con el conjunto de recursos

sociales, sanitarios y educativos de cada área” (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2004, p. 19).

Las UAIT se localizan en las áreas de Servicios Sociales ubicadas según el Mapa Asturiano de Servicios Sociales.

Figura 15

Mapa asturiano de Servicios Sociales de Asturias organizado en 8 áreas sociosanitarias.



Nota. Fuente: Socialasturias (<https://socialasturias.asturias.es/mapa-asturiano-de-servicios-sociales-de-asturias>).

Las UAIT tienen un funcionamiento autónomo, pero manteniendo una dependencia funcional de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias (actualmente Consejería de Derechos Sociales y Bienestar).

Esta dependencia funcional se organiza de dos formas: por un lado, la gestión directa de los recursos de Asturias y, por otro lado, de la gestión a través de concertos y/o entidades privadas. En función de los criterios de planificación de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar se determinará anualmente el número de UAIT distribuidas en el territorio, así como su ámbito territorial de actuación y la especificidad de la población atendida. (Ver pág. 19 del documento: *Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2004). La Atención Infantil Temprana en Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social*)

El Servicio de AIT, dentro del Catálogo de Servicios Sociales, se enfoca entre otras, a las siguientes finalidades: reducir los efectos del retraso madurativo, el riesgo biológico o el déficit sobre el conjunto

global de desarrollo de los niños y niñas, optimizar, en la medida de lo posible, el curso de desarrollo del niño/a, evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios asociados o producidos por un trastorno o situación de alto riesgo, proveer en el entorno que rodea al menor de los apoyos necesarios que compensen las limitaciones y dificultades y favorezcan su integración familiar, escolar y social (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022).

Los contenidos que se abordarán en el Servicio se dividen, a nivel general, en los siguientes:

- Valoración de las necesidades y potencialidades de los niños y niñas y de la red informal de apoyos mediante la aplicación de instrumentos técnicos validados.
- Elaboración e implementación del Plan de Atención Personalizado (PAP), con la participación y consentimiento de la familia, que contendrá intervenciones categorizadas según la intensidad de estas:
 - Actuación preventiva o de seguimiento: existencia de factores de riesgo biológico, psicológico, familiar o del entorno

que precisan intervención y seguimiento periódico en el ambiente familiar y, en su caso, escolar.

- Apoyo psicosocial limitado: sesiones familiares y actividades grupales dirigidas a mejorar la comprensión de la realidad de su hijo/a y la adecuación del entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales niño/a.
- Apoyo intensivo o intervención terapéutica: sesiones individuales o grupales destinadas a: desarrollo psicomotor, desarrollo cognitivo, desarrollo del lenguaje y la comunicación, desarrollo de la autonomía y tratamiento de trastornos del procesamiento sensorial, desarrollo del área social y afectiva, apoyo a la familia, al entorno educativo y al entorno social.
- Seguimiento y adaptación del PAP a la evolución de la situación, mediante el consenso con la familia.

El Servicio de Atención Temprana dentro del Catálogo de Servicios Sociales se estructura en contenidos relacionados con: la valoración de las necesidades y potencialidades del niño, la elaboración e implementación del Plan Personalizado y el seguimiento y la adaptación del plan según evolucione la situación.

Las modalidades a través de las cuales se da el servicio son la general y la específica. A nivel general, el acceso a la valoración de dependencia y al catálogo de servicios, generalmente a través de dos vías: una a través del informe de derivación de Pediatría de Atención Primaria y otra que se realiza a través de la derivación de otras especialidades hospitalarias. No tienen incompatibilidades con el resto de los servicios del catálogo y el plazo de concesión se divide en dos posibilidades:

- Menores en situación de fragilidad: la primera valoración debe realizarse dentro de los 15 días siguientes a la solicitud.
- Menores en situación de dependencia reconocida: 6 meses desde la entrada

en registro de la solicitud de la persona interesada.

Dentro de la específica, se enmarca el Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil (PADAI), el Programa de Cribado Neonatal para Detección Precoz de Enfermedades Endocrino-Metabólicas, y Programa de Atención Temprana de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022)

PADAI es un programa creado y puesto en marcha desde la Consejería de Salud coordinado desde la Dirección General de Salud Pública (Consejería de Servicios y Derechos Sociales, 2019). Es un programa que se dirige específicamente a la atención del recién nacido con hipoacusia y a sus familias, caracterizado por ser universal, integral y coordinado, de forma que parte de una detección precoz del déficit auditivo. No solo incluye la detección de este, sino que se interviene, rehabilita y se planifica un seguimiento de la persona hasta los 16 años. Este programa se contempla como una modalidad específica de Atención Temprana, ya que una vez que se realiza el diagnóstico, los niños y niñas de la totalidad del territorio asturiano, junto a

sus familias, que precisen de su incorporación al mismo son derivados en un plazo menor a una semana al Instituto de Atención Temprana y Seguimiento (IATYS) de la Fundación Vinjoy para la puesta en marcha de una estimulación del desarrollo personal y social (Astursalud, 2023).

El Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas del Principado de Asturias se corresponde a un cribado neonatal que lleva desarrollándose en España desde 1980 y que permite el diagnóstico precoz de enfermedades que, de dejarse a su evolución natural, podrían afectar a la vida y/o desarrollo intelectual de las personas afectadas con un coste económico alto y un grado de dependencia elevado durante el resto de su vida (Astursalud, 2022).

Por último, dentro de la modalidad específica de Atención Temprana, se encuentra el programa de Atención Temprana de la ONCE. Este programa se compone de un Servicio orientado al ámbito educativo desde los Centros de Recursos Educativos (CRE) y los Equipos Específicos de Atención Educativa a la Discapacidad Visual, cuyo objetivo

principal es contribuir a la intervención en Atención Temprana de los niños y niñas con discapacidad visual, así como el apoyo directo a sus familias y a esta población.

En Asturias la Atención Temprana se organiza en leyes y planes desde los ámbitos educativo, sanitario y social con el fin de organizar la detección, prevención y tratamiento de los niños y niñas con problemas de desarrollo y/o riesgo de padecerlos. Transversalmente se vela por un sistema de coordinación intersectorial de los tres sistemas de atención.

De esta forma, se daría respuesta a sus necesidades y se adaptaría a los diferentes contextos reales, a fin de contribuir al desarrollo de las habilidades básicas para el aprendizaje.

Se abordan estos componentes desde un punto de vista preventivo que potencia la capacidad de desarrollo del niño y su inclusión en el entorno familiar, escolar y social, así como la autonomía personal del niño/a con discapacidad visual (Dirección

General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, 2010).

En consonancia con las modalidades de atención a población específica en el marco de la Atención Temprana, incluidas en el Catálogo de Servicios Sociales, en 2019 se elaboró un pliego de prescripciones técnicas para la contratación de la gestión del Servicio de Atención Infantil Temprana Específica, destinada a niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este servicio tiene como objetivo atender a menores que presenten TEA o trastornos relacionados, los cuales impactan negativamente en su desarrollo típico.

El pliego establece las obligaciones, actividades y condiciones técnicas que la empresa de servicios o entidad adjudicataria deberá asumir y desarrollar. (ver: *Consejería de Derechos Sociales y Bienestar (2019). Pliego de prescripciones técnicas particulares para la contratación de la Gestión del Servicio de Atención Infantil Temprana Específica destinada a niños con Trastornos del Espectro Autista.*)

Este servicio difiere de los expuestos anteriormente en que, en este caso, el ámbito de actuación abarca niños que se

encuentren entre los 0 y 4 años de edad, aunque de forma excepcional se podrá atender hasta los 6 años de edad en aquellos casos que no hayan podido escolarizarse por problemas de salud o de otra índole. Esta continuidad deberá ser propuesta por la familia, aceptada por la UAIT y aprobada por el Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2019).

Estructura y modelo de la Atención Temprana en Asturias

El servicio de Atención Temprana, como se ha expuesto anteriormente, se provee a través de dos modalidades de UAIT: generalista; localizadas en cada área de sociosanitaria de Asturias, y específica.

A nivel general, se define UAIT como un recurso donde, a través de equipos multiprofesionales especializados, se establecen, coordinan y facilitan un conjunto personalizado de medidas que procuren a los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, así como a su familia, los soportes necesarios para maximizar sus fortalezas (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Las UAIT especializadas se complementarían, paralelo a lo anterior, con actuaciones planificadas de carácter interdisciplinario y global dirigidas a la detección, prevención y tratamiento de los menores con trastornos del desarrollo encuadrados dentro una patología concreta (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2019).

Los principios que rigen las UAIT son los siguientes (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2019)

- Interés superior del niño/a
- Prevención
- Atención personalizada
- Interdisciplinariedad
- Respeto a la persona
- Autonomía personal
- Servicio público, universal, gratuito y descentralizado.
- Confidencialidad
- Calidad

CLAVES:

Las Unidades y recursos de atención temprana en el Principado de Asturias en relación con la atención infantil de 0 a 6 años se organizan y distribuyen según el Mapa Asturiano de Servicios Sociales.

Estas áreas de Servicios Sociales constituyen la unidad de planificación para garantizar la compensación y equidad territorial de los servicios sociales.

Las unidades de AIT tienen un funcionamiento autónomo, pero manteniendo una dependencia funcional de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social (actualmente consejería de Derechos Sociales y Bienestar).

La Consejería de Asuntos Sociales (actualmente consejería de Derechos Sociales y Bienestar) determinará anualmente el número de Unidades de AIT distribuidas en el territorio, así como su ámbito territorial de actuación y la especificidad de la población atendida.

El Servicio garantizará la valoración de necesidades; implementación del Plan Personalizado de Apoyo y el seguimiento y adaptación de este plan. El Servicio puede tener una modalidad general o específica.

Dentro de la modalidad específica se encuentran los siguientes programas: PADAI, Programa de Cribado Neonatal para la Detección Precoz de Enfermedades Endocrino-Metabólicas y Programa de AT de la ONCE.

Las Unidades de Atención Temprana Infantil (UAIT) son recursos que, a través de equipos multidisciplinares especializados, se establecen, coordinan y facilitan una serie de medidas de actuación integrales a nivel de detección, prevención y tratamiento dirigidas al niño de 0-6 años con trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlos, así como a su familia con el objetivo final de maximizar su calidad de vida*

Según el Catálogo de Prestaciones de Servicios Sociales (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022), los usuarios que se pueden beneficiar del Servicio son menores en edades comprendidas entre 0 y 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlo, tanto por causas biológicas como sociales, así como sus familias. No obstante, en el pliego de prescripciones técnicas particulares para la Gestión del Servicio de AIT Específica en el contexto de población con TEA, el grupo poblacional será atendido cuando se encuentren entre los 0 y 4 años y excepcionalmente se podrá atender a niños/as hasta los 6 años (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022).

Cada Unidad cuenta con un equipo multidisciplinar que está compuesto por los siguientes profesionales: psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y otros

técnicos/as de estimulación (psicomotricista, estimulador/a o maestro/a. De igual forma, aunque no compongan el equipo principal, cuentan con otras figuras en caso de ser necesario, como valoradores de personas con discapacidad. Véase: pedagogo/a, trabajador/a social, médico/a rehabilitador/a, tanto para la valoración, intervención o derivación (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Se entiende como competencia del equipo de la UAIT, la valoración y orientación del menor y su familia, así como la intervención y el seguimiento; teniendo presente dentro del proceso la necesidad de coordinación interdisciplinar de todos los profesionales implicados en la intervención (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2019).

Dentro del equipo profesional de la UAIT, será designado un profesional como terapeuta de referencia del caso, el cual se encarga de coordinar el seguimiento. Asimismo, es profesional de contacto tanto con la familia como para el resto de profesionales vinculados a los diferentes contextos de desarrollo del niño (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Cada UAIT cuenta con un equipo multidisciplinar que, a nivel terapéutico, está compuesto por los siguientes profesionales: psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y otros técnicos/as de estimulación (psicomotricista, estimulador/a o maestro/a. De igual forma, aunque no compongan el equipo principal, cuentan con otras figuras en caso de ser necesario, como ordenanza o auxiliar administrativo.

Este equipo será el encargado de realizar la valoración y orientación del menor y su familia, así como la intervención o derivación si es necesario.

Paralelamente una de las figuras expuestas anteriormente es nombrado coordinador/a responsable de la misma, siéndole adjudicadas una serie de funciones (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004):

- Establecer canales de derivación de los recursos del área al servicio.
- Recepción de la demanda.
- Planificación y organización de la acogida y primera valoración de los casos.
- Desarrollar y mantener los cauces y sistemas de coordinación con los recursos del área implicados en el desarrollo de los niños; mediante la facilitación de la comunicación entre los mismos.
- Organización y coordinación de las reuniones interdisciplinarias del equipo de la unidad, así como los recursos de área.
- Control de la base de datos de casos atendidos en el centro.
- Servicio de información.
- Colaboración en la creación de un fondo de documentación de AIT.

Detección de casos desde los ámbitos sanitario, servicios sociales y educación.

A continuación, se expone el proceso de detección de dificultades y/o problemas en el desarrollo, desde el prisma de ordenación institucional, que se establece como protocolo de actuación. Teniendo esta premisa en cuenta, según el ámbito desde el que se aborde la atención a la primera infancia, la detección de casos se lleva a cabo de distintas formas, véase:

Desde el ámbito de salud se propone, siguiendo las directrices de la OMS, el seguimiento del desarrollo psicomotor por profesionales sanitarios desde los Centros de Atención Primaria, dentro del programa de Seguimiento del niño Sano (Astursalud, 2022). Actualmente, en el Principado de Asturias, se utiliza como método de cribado el Test de Denver, o *Denver Developmental Screening Test*. Sin embargo, está empezando a ser sustituido en otras comunidades autónomas (ej. Aragón, Navarra, Galicia, La Rioja, Cataluña o País Vasco) por el Test de Haizea-Llevant (De-Andrés-Beltrán et al., 2015; Martel-Santiago et al., 2020).

Paralelo a la administración de dicha prueba, la detección tiene en cuenta los signos de alerta en el desarrollo del lenguaje, ya que, aunque cada niño lleve su ritmo de aprendizaje propio, existen parámetros establecidos como conductas que son esperables para cada grupo de edad. De esta manera, si estas no se producen, podría ser susceptible de necesitar ayuda profesional.

Desde el ámbito de derechos sociales y bienestar, a partir de su relación con familias con problemática psicosocial y con la comunidad en general, se sitúan en una posición adecuada para la detección de factores de riesgo social para el desarrollo infantil. Se tiene en cuenta que un factor de riesgo por sí solo no es explicativo, de un problema en el desarrollo, pero la asociación de varios puede potenciar el riesgo (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003). En paralelo con la identificación de estos factores de riesgo, desde el ámbito de Derechos Sociales y Bienestar, con el fin de cribar posibles desajustes en el desarrollo psicomotor, es adecuada la Escala Haizea-Llevant, debido a su capacidad de identificar cuándo los

factores de riesgo están incidiendo negativamente sobre el desarrollo psicomotor (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004; Giraldo-Huertas & Schafer, 2021).

A nivel de sistema educativo se establece institucionalmente como necesario, asesorar a las Escuelas Infantiles para la detección de signos de alarma en el desarrollo de los niños y niñas escolarizados/as en el ciclo de 0-3 años para la derivación a las UAIT de aquellos menores que lo precisen. En este término es de utilidad, al igual que en los servicios anteriormente citados, la Escala de Haizea-Llevant en su versión reducida, orientada específicamente para la detección de alteraciones en el desarrollo psicomotor en las Escuelas Infantiles (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004; Giraldo-Huertas & Schafer, 2021).

La intervención en la UAIT generalista se inicia cuando se recibe la solicitud por parte de la familia (tras ser remitida por el pediatra de Atención Primaria o de un profesional del servicio de educación). En este término, se considera fundamental

en el proceso que la detección se acompañe de inmediatez en la respuesta, sin que medie un intervalo temporal que demore la puesta en marcha de las actuaciones que requiere el menor. En la valoración de la UAIT generalista se decidirá desde el equipo multidisciplinar, si se deriva el caso a una UAIT específica o se lleva a cabo en ese mismo centro. En el caso de que se precise de derivación a una UAIT específica, la acogida desde esta unidad se llevará a cabo en un plazo de 10 días desde que se cursó la solicitud o llegue el informe de la UAIT Generalista. Para el inicio del tratamiento, se establece como límite el plazo de un mes desde que se hace la consulta en la UAIT específica. En algunos casos se valorará el momento de atención del caso en base a la gravedad de este. (ver: *Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2019). Pliego de prescripciones técnicas particulares para la contratación de la Gestión del Servicio de Atención Infantil Temprana Específica destinada a niños con Trastornos del Espectro Autista y Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2022). Decreto 74/2022, de 2 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Sistema*

Público de Servicios Sociales. Boletín Oficial del Principado de Asturias.)

En este término se tendrán en cuenta criterios relativos a (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2019, 2022):

1. Informe médico de derivación de Pediatría de Atención Primaria.
2. Informe de derivación de la UAIT generalista.
3. Informes médicos del menor que aporte la familia.
4. Situación sociofamiliar del menor.
5. Edad.
6. Criterio del equipo técnico.

Además de la posibilidad de acceso directo a través de las familias a las UAIT, se pueden hacer efectivos los reportes de casos entre las diferentes UAIT, en los casos que precisen atención específica. (ver pág. 23 de: *Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2004). La Atención Infantil Temprana en Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.*)

En ese sentido, se desarrollarán cauces tanto de difusión como de posterior

coordinación con los siguientes servicios (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2022):

Desde el ámbito de Servicios Sociales:

- Centros de valoración.
- Servicios Sociales Municipales.
- Equipos Territoriales.

Desde el ámbito de la salud:

- Centros de Atención Primaria.
- Servicios de atención especializada ambulatoria.
- Servicios de atención especializada hospitalaria.

Desde el ámbito educativo:

- Equipos de Atención Temprana y maestros de las escuelas infantiles y colegios.

Desde el ámbito de Servicios Sociales se realizará una detección de factores de riesgo social.

Desde el ámbito sanitario se focalizará en detección de signos de alerta del desarrollo del lenguaje.

Desde el ámbito educativo la detección de dificultades del desarrollo psicomotor.

(ver pág. 59 y 60 de: Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2004). La Atención Infantil Temprana en Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.

Fases de acceso a las Unidades de Atención Temprana.

Con el fin de establecer un protocolo unificado de acceso a las UAIT, en el Libro Rojo que sistematiza la AIT en Asturias (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004), se establecen distintas fases a través de las cuales inicia el proceso de Atención Temprana cada menor a nivel genérico en las UAIT:

- a) **Acogida y primera evaluación.** En cada UAIT, un profesional será el encargado de la recepción del caso. Es decir, realiza la primera entrevista con la familia en la cual recoge preocupaciones, demandas y expectativas de la familia con respecto a su hijo/a. Este profesional, posteriormente se encarga de pautar el proceso de evaluación inicial, con la colaboración de los profesionales que estime necesarios (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- b) **Valoración interdisciplinar del caso y propuesta del plan personalizado de desarrollo.** Tras la acogida y las primeras sesiones de evaluación, los profesionales del equipo multidisciplinar realizarán la valoración del caso desde una reunión interdisciplinar. En esa reunión se concreta el diagnóstico del caso, así como la propuesta inicial de intervención. En dicho programa figurará: la delimitación, priorización y temporalización de los objetivos; la propuesta de intervención, el profesional de referencia del caso y el sistema de seguimiento y revisión del plan (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- c) **Devolución de la información a la familia.** En esta fase se transmite la información sobre la impresión diagnóstica, la valoración y la propuesta del Plan Personalizado de Desarrollo (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- d) **Elaboración del personalizado de desarrollo.** Es la fase de desarrollar la intervención propuesta; intervención donde se incluyen todas las actividades dirigidas hacia el menor y su entorno, con el objetivo de mejorar

las condiciones de su desarrollo (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- e) **Evaluación y seguimiento.** Se valoran los cambios producidos en el desarrollo del menor y en su entorno, la eficacia de los métodos utilizados y la efectividad del programa de actuación planificado. Esta evaluación tiene lugar en dos momentos fundamentales: evaluación continuada o seguimiento; cuyo objetivo es valorar los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno; adecuar el programa a las necesidades, ver la eficacia de los métodos utilizados y el grado de cumplimiento de los objetivos, así como modificaciones pertinentes. El otro momento consistiría en la evaluación final (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)
- f) **Derivación.** El periodo de atención del menor en los servicios de AIT puede finalizar en base a tres motivos: cuando se considere que el

niño o niña ha tenido una evolución lo suficientemente favorable como para no necesitar del servicio, por razones de edad o debido a la naturaleza de sus necesidades siendo competencia de otro dispositivo asistencial (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)

Funcionamiento interno de las UAIT

En conjunción con el proceso de derivación y acceso expuesto anteriormente se establecen fases que guiarán el proceso del menor y su familia en el ámbito de Atención Temprana. Estas fases se organizan en los siguientes pasos (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)

- a) **Prevención y detección de casos.** Paralelamente a la detección desde Atención Primaria, así como la detección de casos de riesgo por parte de los ámbitos educativo y social, desde la UAIT se impulsarán programas comunitarios dentro del ámbito preventivo y de detección precoz de la población con trastorno instaurado o riesgo de padecerlo (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- b) **Diagnóstico y valoración inicial.** La UAIT establecerá el diagnóstico funcional, sindrómico y etiológico de cada caso, bien en coordinación con los niveles especializados o bien a

través de sus propias valoraciones (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- c) **Diseño, coordinación y desarrollo del plan de intervención.** La UAIT tras cada valoración y paralelo al diagnóstico funcional, realizará una propuesta de intervención que conllevará un plan personalizado de desarrollo que contemple tanto al menor como al contexto en el que vive (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- d) **Seguimiento y evaluación.** La UAIT establecerá un plan de seguimiento en cada caso que contemple las evaluaciones periódicas (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- e) **Coordinación.** Es función de la UAIT desarrollar y mantener los cauces y mecanismos de coordinación con los recursos de área, así como con la red de UAIT del Principado de Asturias (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)

Desde cada UAIT se desarrollarán tres tipos diferentes de intervención (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004):

- **Actuación preventiva o de seguimiento.** Se dirige a los niños y niñas que presenten determinados factores de riesgo biológico, familiar y/o del entorno y que requieran de una evaluación de su situación lo más precoz posible y un seguimiento periódico (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- **Apoyo psicosocial limitado.** Este tipo de intervención se dirige a las familias, con el fin de ayudarlas a conocer la complejidad de la necesidad de apoyo y la realidad de la situación de su hijo (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- **Apoyo intensivo o intervención terapéutica.** Este tipo de intervención incluirá todas las actividades que incluyan sesiones terapéuticas con el niño y a su vez incluirá el apoyo a la familia (Dirección General de

Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004)

Desde cada UAIT se desarrollarán tres tipos de diferentes de intervención:

Actuación preventiva o de seguimiento, apoyo psicosocial limitado y/o apoyo intensivo o intervención terapéutica.

Evaluación del servicio

A propósito de valorar la calidad del servicio que proporciona cada UAIT se establecen unos parámetros de valoración, elaborados en 2004 por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, que objetivarán información sobre los puntos fuertes y las necesidades de cambio que vayan surgiendo en las UAIT (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- **Evaluación anual de las Unidades.**

La evaluación de todo el servicio se debe dirigir a determinar si los objetivos planteados inicialmente han sido alcanzados, así como la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. Este sistema de evaluación debe incluir: aportación de los profesionales y los usuario/as que participen en el proceso de evaluación comprendiendo los objetivos. A su vez, la evaluación no debe ser excesivamente complicada, los procedimientos de evaluación deben estar unificados y los instrumentos de recogida de información homogéneos para las

diferentes UAIT. En este procedimiento de evaluación se deben tener en cuenta diferentes niveles de análisis: gestión de la UAIT, servicios terapéuticos y programas de intervención, así como los agentes del proceso. Se deben contemplar las diferentes fases o componentes de la intervención: entrada, proceso y resultados. La responsabilidad de la evaluación recae tanto en agentes internos al proceso de evaluación de la UAIT como agentes que valoran externamente (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- **Evaluación de la cobertura.** La evaluación de la cobertura tiene en cuenta tanto la situación del menor como la de su familia. Es decir, se trataría de evaluar si la UAIT consigue llegar a los grupos prioritarios de intervención. En este término se debe tener en cuenta la situación demográfica de la zona de influencia en la que se ubica la UAIT; la demanda del servicio que se ofrece; la estadística sobre el movimiento de la UAIT, así como los datos sobre el perfil de los menores que acceden al

recurso (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- **Evaluación del esfuerzo.** La evaluación hace referencia a la existencia de un equilibrio entre los recursos humanos y materiales que se utilizan en relación a las actividades realizadas en la UAIT (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- **Evaluación del proceso.** Referida al análisis del funcionamiento de la Unidad en cuanto al desarrollo y la ejecución de las tareas. Es decir, la relación entre el sistema de organización y los servicios y/o programas de la UAIT; así como la adecuación del sistema de participación y la metodología de trabajo a las necesidades de este. El desarrollo de los servicios y programas acorde a la organización prevista también se contemplaría en esta parte de la evaluación (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

- **Evaluación de los resultados.** Dirigida a comprobar que se han conseguido los objetivos previamente establecidos (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).
- **Evaluación de la calidad de la atención.** Por último, complementario a los aspectos anteriores de valoración interna de la UAIT y de forma anual, se realizará una valoración externa sobre la calidad de los servicios del centro en relación a estándares de calidad preestablecidos para dichos recursos (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

La evaluación del servicio se realizará a distintos niveles, teniendo en cuenta: evaluación anual de las Unidades, evaluación de la cobertura, evaluación del esfuerzo, evaluación del proceso, evaluación de los resultados y evaluación de la calidad de la atención.

CLAVES:

A nivel genérico en las Unidades se establece el siguiente proceso: acogida y primera evaluación, valoración interdisciplinar del caso y propuesta del plan personalizado de desarrollo, devolución de la información a la familia y evaluación y seguimiento.

Cada UAIT realizará las siguientes fases paralelas a las anteriores: prevención y detección de casos; diagnóstico y valoración inicial; diseño, coordinación y desarrollo del plan de intervención; seguimiento y evaluación y coordinación.

Los tres tipos de intervención que se llevan a cabo en las UAIT corresponden a: actuación preventiva o de seguimiento; apoyo psicosocial limitado y apoyo intensivo o intervención terapéutica.

A propósito de valorar la calidad del Servicio que proporciona cada UAIT se establecen parámetros que valoren: evaluación anual de las Unidades, evaluación de la cobertura, evaluación del esfuerzo, evaluación del proceso, evaluación de los resultados y evaluación de la calidad de la atención.

Datos de Servicios y cobertura de la Atención Temprana en Asturias

Se toman como referencia los últimos datos recogidos por el Observatorio de Servicios Sociales (OBSERVASS) en 2021 a fin de obtener información objetiva que permitan hacer una aproximación lo más exacta posible a la situación de la Atención Temprana en el Principado de Asturias. De esta forma, se podrán conocer las fortalezas y necesidades del servicio, así como establecer propuestas y líneas futuras que se enfoquen a la atención de todos los niños y niñas en edades comprendidas entre 0 y 6 años que habiten esta comunidad autónoma.

Asimismo, es importante destacar que en este apartado se analizaron únicamente las cifras que recoge OBSERVASS en lo referido al año 2021 y que será posteriormente, en el capítulo 7 de este documento, cuando se llevará a cabo un análisis cuantitativo con los datos reportados por cada una de las diferentes UAIT del Principado de Asturias en el periodo 2013-2022 en términos de calidad del servicio prestado (Dirección

General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Como se menciona anteriormente, en Asturias hay un total de 13 UAIT, que se distribuyen en 8 Áreas Sociosanitarias. Respecto a la población pediátrica atendida en el 2021, en el Área I (Tapia de Casariego) hay un total de 144 niños atendidos por la UAIT de los cuales 49 son niñas y 95 niños. En el Área II (Cangas de Narcea) el total de niños es 64, de los cuales 25 niñas y 39 niños. En el Área III (Avilés) el número de menores atendidos asciende a 261 niños de los cuales: 90 niñas y 171 niños. En el Área IV (Oviedo) se atienden un total de 487 niños, de los cuales el 171 son niñas y 316 niños. En el Área V (Gijón) un total de 454 niños, de los cuales 159 son niñas y 295 niños. En el Área VI (Arriondas) hay un total de 129 niños de los cuales, 51 son niñas y 78 niños. En el Área VII (Mieres) se atienden un total de 188 niños, de los cuales 65 son niñas y 123 son niños. En el Área VIII (Langreo) la UAIT atiende a 133 niños, de los cuales 42 son niñas y 91 son niños (Tabla 10).

Tabla 10

Número de menores atendidos según sexo en las diferentes cabeceras de las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias en el 2021.

Área	Cabecera	Niñas	Niños	Total
Área I	Tapia Casariego	49	95	144
Área II	Cangas de Narcea	25	39	64
Área III	Avilés	90	171	261
Área IV	Oviedo	171	316	487
Área V	Gijón	159	295	454
Área VI	Arriondas	51	78	129
Área VII	Mieres	65	123	188
Área VIII	Langreo	42	91	133

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos recogidos por OBSERVASS (2021).

En Asturias hay un total de 13 UAIT que se distribuyen en las 8 áreas sociosanitarias distribuidas según el mapa asturiano de Servicios Sociales. Respecto a la población atendida, las áreas donde se atienden más niños/as son Oviedo (Área IV) y Gijón (Área V)

Respecto al número total de sesiones al año de Atención Temprana que son proporcionadas en las UAIT, este varía según el Área Sociosanitaria, de tal forma que las áreas más con un mayor censo poblacional y donde el número de menores atendidos es mayor las sesiones aumentan.

Así el Área IV (Oviedo) le correspondieron en 2021 un total de 10.260 sesiones divididas en una media de 21,07 sesiones por niño/a.

Al Área V (Gijón) le corresponderían 12.816 sesiones en total, a una media de 28,23 sesiones por niño/a.

Seguido a estas se encontraría el Área III (Avilés) con 5.355 sesiones totales, a una media de 20,52 sesiones por niño/a.

A continuación, se encontraría el Área VIII (Langreo) con 2.856 sesiones totales para la Unidad y 21,47 sesiones de media para cada niño/a.

Posteriormente estaría el Área I (Tapia de Casariego) con 2.369 sesiones totales al año, a una media de 16,45 sesiones por niño/a.

En el Área VI, correspondiente a Arriondas, le corresponden 2.035 al año, sobre las que correspondería una media de 15,78 sesiones.

En el Área VII, Mieres, recoge un total de 2.061 sesiones, con una media por caso de 10,96 sesiones.

Finalmente, se encontraría el Área II (Cangas de Narcea), en este caso sería el área con menos sesiones totales de niños/as al año con un total de 1.496 sesiones, a una media de 23,38 sesiones por menor al año (Tabla II).

Tabla II

Número de sesiones medias por menor y cifras absolutas de sesiones totales en las diferentes cabeceras de las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias en el 2021.

Área sociosanitaria	Cabecera	Sesiones medias/menor	Sesiones totales
Área I	Tapia Casariego	16,45	2.369
Área II	Cangas de Narcea	23,38	1.496
Área III	Avilés	20,52	5.355
Área IV	Oviedo	21,07	10.260
Área V	Gijón	28,23	12.816
Área VI	Arriondas	15,78	2.035
Área VII	Mieres	10,96	2.061
Área VIII	Langreo	21,47	2.856

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos recogidos por OBSERVASS (2021)

CLAVES:

Tomando como referencia los datos aportados por el OBSERVASS referente al 2021:

Respecto a la población atendida en Asturias, en el Área I (Tapia de Casariego) hay un total de 144 menores atendidos. En el Área II (Cangas de Narcea) se encuentran 64. En el Área III (Avilés) asciende a 261 menores. En el área IV (Oviedo) se atienden 487 menores. En el área V (Gijón) se atienden 454 menores. En el Área VI (Arriondas) hay un total de 129 menores mientras que en el Área VII (Mieres) se atienden 188 y en el Área VIII (Langreo) 133 menores.

Respecto al número total de sesiones al año de Atención Temprana, se encuentra que es proporcional a la cantidad de población atendida a excepción del Área II (Cangas de Narcea) que sería el área con menos sesiones totales de menores al año.

Para entender la cantidad de niños atendidos en las UAIT de cada área sociosanitaria en relación con la densidad de población de menores en la franja de edad objeto de estudio, se calcularon las densidades correspondientes a los niños atendidos en los diferentes centros de AIT del territorio nacional. Dado que cada comunidad autónoma reúne y publica información en diferentes tiempos, se han recogido los últimos datos disponibles con respecto al número de menores que reciben AIT de cada comunidad autónoma (2016, 2017 y 2018) con respecto al total de población infantil censada en ese mismo año. (Tabla 12)

En relación con las densidades obtenidas se observa que la Comunidad Valenciana tiene una densidad del 0,95 % con 3000 niños atendidos y 315.925 niños censados en el 2017 mientras que, por ejemplo, Castilla y León, ese mismo tiene una densidad de población infantil atendida de 2,54%, atendiendo a 3130 niños y un número niños censados mucho más bajo 123.340 (habiendo una diferencia de 192.585 niños).

Esto puede ser debido a varias causas, por un lado, que en Castilla y León haya más niños que necesitan Atención Temprana con respecto a la Comunidad Valenciana y por otro, que en la Comunidad Valencia no se consigan detectar todos los casos que requieren de ser atendidos por el servicio de AIT.

En proporción similar esto también ocurre en la Comunidad de Madrid con respecto al resto de CCAA. Sin embargo, Cataluña y Andalucía con cifras censales altas (512.939 y 571.183) registran niveles más altos de porcentaje de niños atendidos (7,80 % y 7,01 %) y unas cifras absolutas de niños atendidos más altos con respecto a la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana. Esto podría ser debido a que quizás la dotación de profesionales y recursos en estas comunidades es mayor respecto a Comunidades como la Comunidad de Madrid o la Comunidad Valenciana, por lo que se conseguiría dar respuesta de forma más precoz a las necesidades de los niños de AIT y atender a más niños de forma simultánea sin tener que recurrir a otros recursos como generar listas de espera o derivar los casos a otros dispositivos.

Tabla 12

Densidad de población infantil atendida de 0 a 6 años en el servicio de AIT con respecto al número de niños censados en las comunidades autónomas de España.

Comunidad autónoma	Año recogida datos*	N.º. niños censados (0-6 años)	N.º. de niños atendidos en servicio de AIT	Densidad población atendida
Andalucía	2017	571.183	40.034	7,01%
Aragón	2018	80.075	2.042	2,55%
Asturias	2017	48.023	1.770	3,69%
Baleares	2018	76.316	2.000	2,62%
Canarias	-	-	-	-
Cantabria	2017	32.968	1.406	4,26%
Castilla y León	2017	123.340	3.130	2,54%
Castilla la Mancha	2018	129.034	5.070	3,93%
Cataluña	2017	512.939	40.034	7,80%
Comunidad Valenciana	2017	315.925	3.000	0,95%
Extremadura	2018	60.922	1.252	2,06%
Galicia	-	-	-	-
Comunidad de Madrid	2017	458.605	5.438	1,19%
Murcia	2017	113.916	3.700	3,25%
Navarra	2018	44.116	688	1,56%
País Vasco	2017	136.395	2.529	1,85%
La Rioja	2016	20.825	744	3,57%
Ceuta	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-

*Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos censales recogidos por el INE. *En cada comunidad autónoma se recoge el último dato disponible.*

En contexto del Principado de Asturias, se calcula la densidad de población infantil atendida en cada área sociosanitaria como la razón entre el total de niños atendidos en las UAIT ubicadas en las áreas sociosanitarias del Principado de Asturias en el año 2022 y el censo infantil de ese mismo año (Tabla 13).

Tabla 13

Densidad de población infantil atendida de 0 a 6 años en el servicio de AIT con respecto al número de niños censados de 0 a 9 años en el Principado de Asturias (2022)

Área	Cabecera	Censo poblacional	Censo infantil (%)	Niños atendidos en UAIT 2022	Densidad de población atendida
Área I	Jarrio	43.072	2.384 (5,53%)	135	5,66%
Área II	Cangas de Narcea	24.373	1.222 (5,01%)	55	4,50%
Área III	Avilés	143.817	9.089 (6,32 %)	252	2,77%
Área IV	Oviedo	326.057	22.154 (6,79 %)	500	2,26%
Área V	Gijón	292.916	17.947 (6,13%)	457	2,55%
Área VI	Arriondas	48.554	2.890 (5,95%)	140	4,84%
Área VII	Mieres	57.274	2.903 (5,07%)	198	6,82%
Área VIII	Langreo	68.623	3.815 (5,56%)	164	4,30%
TOTAL		1.004.686	62.404 (6,21%)	1901	3,04%

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos censales recogidos por el SADEI e informes técnicos de calidad de las UAIT. Censo Infantil comprende edades en dos rangos: 0 a 4 años y de 5 a 9 años.

En este caso, se repite la tendencia observada a nivel nacional: las ciudades en las que se registra una densidad de atención inferior corresponden a las ciudades con más población, tanto a nivel de censo poblacional general como de censo poblacional específico en infancia. En relación con esta tendencia, se observa que el área IV (Oviedo) tiene 22.154 niños y niñas censados entre las edades de 0 a 9 años, mientras que el área V (Gijón) tiene 17.947. También son las dos áreas con mayor nivel de atención en términos absolutos en las UAIT (500 y 457 respectivamente). Sin embargo, estas ciudades registran las densidades de atención respecto al número de censo de 0 a 9 años (2,26 % y 2,55%). Estos datos permiten suponer que, a pesar del elevado volumen de atención en estas unidades, existe un mayor riesgo de saturación.

GESTIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

- Coordinación entre distintos niveles
 - Órganos responsables

El capítulo que se presenta a continuación se justifica en base al reconocimiento por parte del sistema de la necesidad de profundizar en los mecanismos de coordinación entre los diferentes ámbitos que desarrollan actuaciones en AIT, fundamentalmente salud, educación y servicios sociales, y el esfuerzo en elaborar e implementar tanto normativa reguladora como la puesta en marcha de mecanismos que posibiliten y optimicen dicha coordinación.

Para este fin, se comienza con un análisis de competencias en términos de gestión de AIT en el Principado de Asturias para conocer en profundidad las bases del servicio de AIT, y, por tanto, cuáles son sus necesidades y retos futuros en términos de coordinación.

El Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019 (Consejería de Servicios y Derechos Sociales, 2019) propone un ámbito compartido entre los sectores social y sanitario. Plantea como base para la efectividad del sistema, una coordinación entre las estructuras administrativas y de los servicios asistenciales con los sectores sanitario y social (Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Consejería de Sanidad., 2019).

A nivel social, en el III Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016 (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013), en relación a los menores atendidos en las UAIT, recoge como objetivo establecer formas de coordinación y cooperación entre los sistemas educativo, de salud, de justicia, de derechos sociales, y de cualesquiera que estén implicados en la atención a población pediátrica en situación de vulnerabilidad. Como objetivo derivado

de esta meta se plantea “crear mecanismos de coordinación y participar en los existentes” (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013, p. 53). La acción que deriva de este objetivo se relaciona con constituir una comisión con el objetivo de lograr una mayor coordinación administrativa, así como políticas transversales entre los distintos departamentos del Principado de Asturias. Otro de los objetivos que se relaciona con el anterior, así como con el marco de atención a la población pediátrica entre 0 y 6 años, es el siguiente: “Abordar de forma coordinada y mediante actuaciones intersectoriales aquellas problemáticas que presenten múltiples causas y consecuencias” (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013, p. 54). La acción que materializa este objetivo se relaciona con la elaboración de protocolos de colaboración entre las UAIT, los centros educativos y los servicios de orientación educativa (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013).

Esta colaboración y coordinación entre las UAIT y los centros educativos y de orientación educativa se entiende que se establecería con el fin de implementar los protocolos que establecen el proceso de la AIT. Es decir, la coordinación buscaría para sistematizar la atención a este grupo poblacional desde que entran en AIT hasta que cumplen los seis años, así como para introducir mejoras en los protocolos que describen el método de coordinación entre los agentes que participan en el desarrollo del niño/a los primeros seis años de vida.

A su vez, en el Plan de Atención Integral a la Discapacidad en Asturias 2015-2017 (Consejo de Gobierno del Principado de Asturias, 2013), en relación a la coordinación, establece que se debe crear un marco estable de coordinación. Se ha de formular en el nivel autonómico, así como en cada área territorial, interrelacionando la actividad de las UAIT, los centros educativos ordinarios y los centros de educación especial. El objeto de esta coordinación persigue el fin de intercambiar información y establecer programas personalizados más eficaces dirigidos a la población infantil de hasta 6 años (Consejo de Gobierno, 2015)

Coordinación entre los distintos niveles

Los objetivos y estrategias anteriormente expuestas se reflejan en el proyecto de decreto de la Atención Temprana en Asturias (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021), en el cual, con el fin de proporcionar una atención holística e integral a los niños y niñas en edad de atención temprana. Si bien este proyecto de decreto, al momento de escritura de este documento no ha sido aprobado, se analiza ante la posibilidad de explorar el futuro de articulación del sistema de atención temprana en la comunidad autónoma que proyecta. En él se proponen los siguientes niveles de coordinación:

- **Coordinación interna de los equipos multidisciplinares de la UAIT** con periodicidad semanal. Las funciones de coordinación interna de los equipos se relacionan con: valoración de nuevos casos, seguimiento de las intervenciones y abordaje de cuestiones relacionadas con la planificación, organización y funcionamiento de la UAIT (Consejería

de Derechos Sociales y Bienestar, 2021)

- **Coordinación interdisciplinar en el territorio del equipo de la UAIT** con otros profesionales de los recursos sanitarios, educativos y sociales del área. Esta coordinación se llevará a cabo según necesidades (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021). Las funciones de coordinación interdisciplinar en el territorio del equipo de la Unidad son:
 - Gestión de casos, que incluye análisis y seguimiento de estos.
 - Acciones de divulgación, formativas y de investigación.
 - Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados.
 - Participación y colaboración de carácter interinstitucional con los Equipos Operativos Sociosanitarios de Área.

Con el fin de aplicar el principio de coordinación y llevar a cabo las funciones de coordinación interdisciplinar propuestas anteriormente, en el Proyecto de Decreto de AIT se propone la

articulación de los siguientes órganos: El Consejo Interinstitucional de AIT y La Comisión Técnica Interinstitucional de Atención Infantil Temprana. El Consejo Interinstitucional de Atención Temprana tiene las siguientes funciones (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021):

- Establecer líneas estratégicas de acción en AIT a nivel autonómico.
- Elaborar la planificación anual de acciones con relación a las líneas estratégicas.
- Adoptar medidas específicas para asegurar la coordinación entre los sistemas implicados.
- Promover el desarrollo de Carteras de Servicios y Prestaciones correspondientes a los sistemas de Educación, Salud y Servicios Sociales en cuanto puedan incidir en la AIT.
- Aprobar protocolos de coordinación y derivación entre los Sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales que aprovechen los recursos, la información y los conocimientos.

- Aprobar el plan de servicios para la implantación integral del dispositivo de AIT.
- Establecer grupos de trabajo para el desarrollo de protocolos e instrumentos.
- Aprobar la Carta de Servicios de AIT.
- A La Comisión Técnica Interinstitucional de AIT le competen las siguientes funciones:
 - Realizar un análisis de las necesidades de atención integral que se detecten en el proceso de Atención Temprana como base para la planificación y toma de decisiones en relación con la puesta en marcha de programas, servicios y sistemas de trabajo.
 - El desarrollo y la concreción de catálogos y carteras de Servicios de los tres sistemas implicados: salud, educación y servicios sociales.
 - Hacer propuestas e impulsar la elaboración de normativas que regulen la AIT en Asturias.
 - Establecer y poner en común los protocolos de comunicación y derivación que sean necesarios para asegurar la continuidad asistencial.
- Diseñar un procedimiento de evaluación integral del proceso de AIT.
- Analizar y evaluar el desarrollo de intervenciones con el fin de detectar disfunciones o nuevas necesidades.
- Impulsar la investigación en el campo de la AIT.
- Elaborar la Carta General del Servicio de AIT en Asturias.
- **Coordinación Intrainstitucional** realizada por la Comisión Técnica formada por los coordinadores de las UAIT o los técnicos en quienes deleguen junto a la persona responsable de los programas de AIT de la Consejería competente en Servicios Sociales, de quien dependen orgánica y funcionalmente las UAIT. Esta reunión se llevará a cabo de manera mensual (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021).

- Las funciones que se proponen para la Coordinación Intrainstitucional son las siguientes:
 - Elaborar Instrumentos de trabajo de las UAIT.
 - Elaborar protocolos de actuación.
 - Resolver cuestiones relacionadas con la organización y funcionamiento.
 - La elaboración y actualización de documentos teóricos sobre los que se asienta la atención en las unidades y con relación a otros recursos.
 - Propuestas a la Comisión Técnica Interinstitucional.

Esta estructura ofrece un marco de coordinación intersectorial, aludiendo a todos los sectores llamados a interactuar en la documentación legal previamente referida. También interdisciplinar, apelando prioritariamente a niveles de carácter operativo. Y, además, con mecanismos a diferentes niveles. Si bien en el apartado de conclusiones de este documento se retomará la propuesta, profundizando en su análisis, cabe indicar que se trata de una propuesta de ordenación que engloba el

funcionamiento del sistema desde una óptica estratégica, táctica y operativa. Estratégica, proponiendo mecanismos intersectoriales de coordinación a nivel político, que permitan determinar los objetivos estratégicos hacia los que orientar y articular la atención temprana en el territorio. Táctica, también con un alcance intersectorial, permitiendo el diseño de protocolos y propuestas en base a la participación de niveles técnicos y técnicos de alto nivel. Por último, articula mecanismos de funcionamiento operativo – interventivo, con un alcance intrasectorial e intersectorial. La articulación de estos tres niveles, tal y como se prevé en el proyecto, avanzaría a una comprensión de funcionamiento holístico para el sistema en Asturias.

Debido a la complejidad inherente a la intersectorialidad que implica la Atención Temprana, es preciso establecer diferentes niveles de coordinación: coordinación interna de los equipos multidisciplinares de la UAIT, coordinación interdisciplinar en el territorio del equipo de la UAIT y coordinación intrainstitucional.

Órganos responsables

El servicio de Atención Temprana en el Principado de Asturias es competencia directa de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Más específicamente, se enmarca dentro del órgano central de la Dirección General de Infancia.

En el plano de garantizar la inclusión y la participación de niños y niñas es competencia del Observatorio de la Infancia y la Adolescencia (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

Actualmente, tanto los órganos responsables como la gestión y organización del recurso de Atención Temprana dependen de: la Comisión Interinstitucional Regional de AIT, la Subcomisión Técnica Regional de AIT así como los coordinadores de las Unidades de AIT, técnicos de las mismas y de los profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales.

Estos equipos tendrán reuniones con una periodicidad determinada en las cuales se tomarán decisiones y se establecerán las competencias y actuaciones pertinentes por parte de cada equipo u

responsable de cada Servicio (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004) (Tabla 14).

CLAVES:

En el proyecto de Decreto de Atención Temprana se proponen distintos niveles de coordinación: coordinación interna de los equipos multidisciplinares de las UAIT (periodicidad semanal), coordinación interdisciplinar en el territorio del equipo de la UAIT con otros profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales de área y coordinación intrainstitucional realizada por la Comisión Técnica, coordinadores de las UAIT y/o los técnicos.

Se propone la creación de dos organismos que velen por el cumplimiento del proceso de Atención Temprana, así como de coordinación entre todos los ámbitos implicados: Consejo Interinstitucional de Atención Infantil Temprana y Comisión Técnica Interinstitucional de Atención Infantil Temprana.

No obstante, la propuesta del Proyecto de Decreto que regule la Atención Temprana en Asturias, elaborado en 2021, ya plantea la composición de los dos órganos de Atención Temprana (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021). Así pues, el Consejo Interinstitucional de Atención Temprana que se reuniría idealmente una vez al año, estaría formado por:

- **Presidencia.** Ocupada por la persona titular de la Consejería competente en materia de Servicios Sociales.
- **Tres vocalías.** Serán, por un lado, la persona que tenga titularidad en la Dirección General con competencia en Gestión de UAIT. Por otro lado, la persona que tenga titularidad en la Dirección General competente en materia de salud pública y, por último, la persona que ostente la titularidad de la Dirección General competente en materia de planificación educativa.
- Por su parte, la Comisión Técnica Interinstitucional de AIT se reuniría semestralmente y estaría formada por:

- Un representante de la Consejería con competencia en materia de Servicios Sociales con nivel mínimo de Jefatura de Servicio o equivalente que lleve a cabo funciones de Presidencia.
- Un representante de la Consejería con competencia en materia de Servicios Sociales con nivel mínimo de Jefatura de Servicio o equivalente que lleve a cabo funciones de Secretaría.
- Un representante de las Unidades de AIT generalistas públicas.
- Una persona nombrada por la persona que tenga la titularidad de la Dirección General competente en política de infancia.
- Una persona en representación del SESPA, del servicio de Pediatría en atención primaria.
- Una persona en representación del SESPA, de Salud Mental Infantil.
- Una persona designada por quien ostente la titularidad de la Consejería competente en materia de educación, con responsabilidad en el programa de atención a la diversidad.
- Una persona designada por quien ostente la titularidad de la Consejería competente en materia de Educación, adscrita a los Servicios de Orientación Educativa.
- Una persona designada por quien ostente la titularidad de la Consejería competente en materia de Educación con responsabilidades en el programa de Escuelas Infantiles 0-3.
- Un representante de la Asociación Asturiana de Profesionales de Atención Temprana.

Tabla 14

Órganos responsables actualmente: composición, competencias y frecuencia de reuniones. Fuente: elaboración propia.

Órganos	Composición	Competencias	Frecuencia reuniones
Comisión Interinstitucional Regional de AIT	Responsable de la Consejería de Salud y Servicios Sanitario. Responsable de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Responsable de la Consejería de Educación y Ciencia	Toma de acuerdos relacionados con la distribución de competencias y actuaciones	Mínimo anual
Subcomisión Técnica Regional de AIT	Coordinadores de las Unidades de AIT o técnicos de estas	Desarrollo de instrumentos consensuados. Puesta en común de cuestiones relacionadas con la planificación, organización y funcionamiento de las Unidades. Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados	Mínimo trimestral
Reuniones interdisciplinarias internas de la UAIT	Profesionales de la Unidad de AIT	Valoración nuevos casos. Seguimiento intervenciones. Abordaje de cuestiones de planificación, organización y funcionamiento de la Unidad	Mínimo semanal
Reuniones interdisciplinarias del equipo de la UAIT con otros profesionales	Profesionales de la Unidad de AIT. Profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales	Análisis y seguimiento de casos. Análisis y consenso de procedimientos de actuación coordinados	A determinar

Nota. Fuente: documento de "La Atención Infantil Temprana en Asturias".

La competencia directa de la gestión del Servicio de AT en Asturias corresponde a la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. A su vez, de manera más específica depende de: la Comisión Interinstitucional Regional de AIT, la Subcomisión Técnica Regional, los coordinadores de las UAIT y otros profesionales de recursos sanitarios, educativos y sociales.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN TRES COMUNIDADES AUTÓNOMAS: PRINCIPADO DE ASTURIAS, PAÍS VASCO Y CANTABRIA

- País Vasco
- Cantabria
- Análisis comparativo de modelos

Como ya se ha observado en capítulos anteriores, debido a la complejidad y la diversidad de la normativa entre los distintos países que conforman la Unión Europea en materia de AIT anteriormente se han contextualizado tanto el marco legislativo como las líneas estratégicas que proponen los Estados Miembros, y que servirán como base sobre la que se establezca el marco estratégico en materia de intervención precoz en España.

Atendiendo a esto, en el presente capítulo se profundiza en el modelo de Atención Temprana llevado a cabo en las comunidades autónomas limítrofes con el Principado como es el caso de Cantabria y País Vasco, ya que comparten aspectos comunes con Asturias en términos de: crecimiento poblacional, políticas migratorias y de equilibrio territorial, aspectos fundamentales para abordar la dispersión orográfica y la tendencia demográfica de estas comunidades.

Este capítulo tiene como finalidad conocer la variabilidad de situaciones en materia de Atención Temprana entre comunidades autónomas, originadas por los distintos niveles de competencias transferidas desde la administración central a las administraciones autonómicas. Ya que, mientras algunas poseen una red de centros consolidada, otras todavía no disponen de una infraestructura básica plenamente activa.

Esta cuestión, añadida al objetivo último de la Atención Temprana que es conseguir el desarrollo armónico de los niños integrados en su entorno, conlleva a contemplar dentro de las líneas de actuación en materia de Atención Temprana en cada comunidad autónoma, unos servicios que ofrezcan niveles satisfactorios de eficiencia y calidad en la atención.

Atendiendo a esto, en el presente capítulo se profundiza en el modelo de Atención Temprana llevado a cabo en tres comunidades autónomas limítrofes que comparten aspectos comunes de demografía y dispersión territorial con el Principado de Asturias. El análisis

comparativo de modelos se realiza de Cantabria y País Vasco.

Según la pirámide de la población empadronada en España (Instituto Nacional de Estadística, 2022), a 1 de enero de 2022, en edades comprendidas entre 0 y 4 años el 2% son niños mientras que el 1,9% son niñas respecto a la población total; si se observa la pirámide poblacional en edades de 5-9, el 2,4% son niños mientras que el 2,3% son niñas. En el Principado de Asturias los datos recogidos son similares, con 1,4% de niños y 1,3% de niñas en edades comprendidas entre 0-4 mientras que en edades de 5-9 presenta el 1,8% de niños y 1,7% de niñas. Otras Comunidades Autónomas con las que se puede establecer similitud son Cantabria y País Vasco.

Por otro lado, Cantabria, en edades de 0-4 tenía 1,6% de niños y 1,6% de niñas mientras que en edades de 5-9 había un total de 2,2% de hombres y el 2,1% de niñas. Por otro lado, el País Vasco en edades de 0-4 años estaban empadronados en 2020 un total de 1,8% de niños y 1,7% de niñas, mientras que en edades de 5-9 años 2,3% del total de la población eran

niños y 2,2% niñas (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Como se indicaba, debido a la similitud demográfica y poblacional entre las CCAA expuestas anteriormente, se estudia el servicio de Atención Temprana en las mismas con el fin de entender la situación actual de la Atención Temprana en el territorio asturiano, así como la coherencia con el desarrollo estratégico en CCAA afines y la tendencia a futuro de este Servicio.

País Vasco

El Gobierno Vasco es un órgano colegiado que, bajo la dirección del Lehendakari, establece los objetivos políticos generales y dirige la Administración del País Vasco. Actualmente, por Decreto 18/2020, del 6 de septiembre, del Lehendakari, la Administración de la Comunidad Autónoma Vasca, en la actual legislatura, se organiza en doce departamentos. De los cuales, Atención Temprana se organiza y estructura bajo el Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana de la Comunidad Autónoma del País Vasco. A través del presente Decreto, el Gobierno Vasco pretende establecer las normas básicas para la organización y coordinación del conjunto de intervenciones que en el campo de la Atención Temprana se desarrollan desde los ámbitos de la Salud, la Educación y los Servicios Sociales (Boletín Oficial de País Vasco, 2020; Departamento de Empleo y Políticas Sociales del País Vasco, 2016).

País Vasco es una de las CCAA que más ha avanzado en respuesta a las necesidades de la población infantil. A través de la puesta en marcha de planes,

programas e iniciativas de muy diversa índole en los tres principales ámbitos de actuación susceptibles de atenderse a través de departamentos competentes en salud, educación y derechos sociales.

Esto se ha visto motivado por el alto volumen de casos nuevos cada año que precisan los Servicios de Atención Temprana en País Vasco (en torno a 1.200 casos nuevos).

Así, desde el sistema de salud, el objetivo es el desarrollo de los programas de prevención de las dificultades en población infantil, el seguimiento de la población en riesgo y la colaboración en propuestas de intervención temprana. Entre los programas que se desarrollan en la comunidad con este objetivo se encuentran: Programa Salud y Mujeres 2009-2012, Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades endocrino-metabólicas, la articulación de Unidades Neonatales, la articulación de la Pediatría de Atención Primaria, la articulación de los servicios de Psiquiatría Infantil, o el programa de Detección Precoz de Sordera Infantil (Boletín Oficial del Estado, 1997).

En el caso de salud, la pediatría de Atención Primaria tiene un papel

fundamental al atender a todos los niños hasta los 14 años. Especialmente, al igual que en el Principado de Asturias, el papel de Atención Primaria está directamente relacionado con la detección y seguimiento de trastornos de desarrollo de aparición precoz, así como en los que se manifiestan posteriormente.

Además de las acciones de cribado y evaluación infantil que se llevan a cabo desde Osakidetza, la Sanidad Pública realiza otras actuaciones mediante recursos ajenos que financia a través del reintegro de gastos a las familias o de conciertos y/o convenios. En esta primera modalidad se encontraría el servicio de logopedia que prescriben neurólogos y otorrinolaringólogos en casos de afasia, disartria, anomalías funcionales dentofaciales e hipoacusia de percepción; la atención de estas patologías estaría sujeta a límites de edad y número de sesiones y/o duración del tratamiento específicos para cada caso. Por otro lado, el Departamento de Sanidad mantiene conciertos con entidades que asumen un papel terapéutico/rehabilitador en trastornos diversos de desarrollo. Es el ejemplo de lo que ocurre en la Provincia de Guipúzcoa,

con los niños y niñas menores de 18 años con Parálisis Cerebral y otras patologías de origen neuromuscular que son derivados desde servicios de neonatología y neuropediatría del Hospital Donostia a Confederación Española de Asociaciones de Atención a Personas con Parálisis Cerebral Infantil (ASPACI) donde pueden escolarizarse y/o recibir tratamiento rehabilitador dentro del servicio de Atención Temprana.

La intervención desde el ámbito educativo comienza cuando los niños/as se escolarizan. Todos los Servicios Educativos, actuales y futuros, recogidos en la cartera de servicios de la administración pública, responden al objetivo de garantizar el derecho a la educación y la igualdad de oportunidades de todos los alumnos y alumnas con necesidades específicas de apoyo educativo, entre las cuales se incluyen todos los que puedan necesitar una intervención temprana y que perdure en el tiempo. En la intervención temprana ha tenido peso en el Sistema Vasco de Educación, la creación de los Servicios de Apoyo a la Educación (Berritzegues), que integran las Asesorías de Educación

Infantil y, de manera más específica, las de NEE. Los Berritzegues, entendidos como Centros de Apoyo a la Formación e Innovación, fueron creados con carácter de Servicios de Apoyo a la Educación a través del Decreto 15/2001, del 6 de febrero, y están ampliamente implantados en todo el territorio de la Comunidad (Boletín Oficial del País Vasco, 2009).

Los programas de NEE, son los que reciben casos procedentes de Atención Temprana; no obstante, aún existen diferencias de funcionamiento entre los tres territorios históricos: Álava, Bizkaia y Guipuzkoa. A los Berritzegues suelen llegar los alumnos atendidos en el servicio de Atención Temprana y de próxima escolarización (al curso siguiente).

Lo que cambia de un territorio a otro dentro del País Vasco es la vía de acceso de los alumnos y la información disponible en ese momento, esto es, quien hace la demanda de la atención (los padres, el servicio de Atención Temprana –sea público o concertado- o el propio centro escolar). Una vez que esté disponible esa información, los asesores de NEE inician un proceso de valoración con el fin de establecer las necesidades educativas

especiales de los nuevos alumnos, así como los recursos que necesitan para abordarlos.

Los Berritzegunes atienden todos los casos que se le envían, tengan diagnóstico médico o no. Además, una diferencia con respecto al ámbito educacional y Atención Temprana es que, en el País Vasco, puede ocurrir que, aunque el niño se escolarice, siga recibiendo el Servicio de Atención Temprana de manera simultánea. Esto es debido a la naturaleza y gravedad de las dificultades de desarrollo en conjunción con la existencia de organizaciones privadas que atienden este tipo de problemas, estas organizaciones ofrecen tanto Atención Temprana como otro tipo de intervenciones que se puedan mantener, aunque el niño sea escolarizado.

En el ámbito de Servicios Sociales, se desarrollan dos grandes grupos de actuaciones que pueden intervenir en la fase de Atención Temprana. Por un lado, las actuaciones en el ámbito de la protección/desprotección a niños y niñas, en el marco normativo de La Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la infancia y a la Adolescencia

(Comunidad Autónoma de País Vasco, 2011a); y de otro lado, las actuaciones de promoción de la autonomía y atención a la discapacidad y a la dependencia en el marco normativo de la dependencia –en particular, en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia-(Gobierno de España, 2006) y de la normativa autonómica vigente en el ámbito de los servicios sociales –en particular, la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales- (Comunidad Autónoma de País Vasco, 2011b). De hecho, la Ley de Servicios Sociales contempla el servicio de intervención social en Atención Temprana entre los servicios incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (Comunidad Autónoma de País Vasco, 2011b).

Así, de forma general, se podría concluir que la atención que se proporciona desde los departamentos de Servicios Sociales a la población en edad de Atención Temprana comprende los siguientes servicios:

- Valoración, orientación y calificación de la minusvalía

- Valoración de la dependencia
- Atención Temprana
- Ayudas Técnicas
- Asistencia domiciliaria
- Prestaciones económicas derivadas de la situación de dependencia

No obstante, pese a que la Atención Temprana en el País Vasco es de responsabilidad compartida entre los tres sistemas implicados, el modelo integral e interdisciplinar propone otorgar la responsabilidad principal en los mecanismos de coordinación interinstitucionales al Sistema de País Vasco de Servicios Sociales (Comunidad Autónoma de País Vasco, 2011b).

Los elementos clave respecto a la organización funcional especializada son los Equipos de Valoración de Atención Temprana (EVAT) y los Equipos de Intervención de Atención Temprana (EIAT). En primer lugar, en relación al proceso de Atención Temprana, son los EVAT los que efectúan la valoración de casos, elaboran en su caso el correspondiente plan de atención personalizada, tramitan su autorización, evalúan los resultados, autorizan el alta y realizan el seguimiento de cada caso. Por

su parte, los EIAT, llevan a cabo las actuaciones necesarias para aplicar el plan de atención personalizada; es decir, dentro del proceso de Atención Temprana, les correspondería la intervención directa.

El acceso al Servicio de Atención Temprana de responsabilidad pública comienza con la solicitud a través de los padres/madres o tutores, o en su caso, representantes legales del niño o niña que requiera dicha atención, dirigida a la Dirección a la que, en cada Diputación Foral, se encuentra adscrita al EVAT. A diferencia otras Comunidades Autónomas, en este caso, el EVAT, estará formado personas profesionales de los tres ámbitos que intervienen en la Atención Temprana –sanitario, educativo y social-. Así:

- Por parte de salud, dos médicas o médicos de entre las siguientes especialidades: pediatría, neonatología, neuropediatría, rehabilitación o psiquiatría infantil.
- Por parte de Educación, dos asesores o asesoras de necesidades educativas especiales.
- Por parte de Servicios Sociales, una persona profesional de cada una de

las siguientes disciplinas: medicina de rehabilitación, psicología clínica y trabajo social.

El EVAT acogerá a los niños y niñas y familias solicitantes de Atención Temprana; reunirán información necesaria del caso (incluyendo consultas entre sistemas que resulten necesarias), valorarán las necesidades del niño/a y su familia y elaborarán un plan de atención personalizada, informarán a los padres/madres sobre el contenido de este plan, evaluarán la periodicidad de revisión del plan, autorizarán y gestionarán altas así como realizar propuestas de mejora de coordinación y atención.

Una vez que el EVAT finaliza la evaluación, es el EIAT el encargado de llevar a cabo la prestación terapéutica interdisciplinar al niño o niña, a su familia y a su entorno. Estos equipos llevarán a cabo sus intervenciones en Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana autorizados y homologados. Estos equipos, además, se propone que cuenten con la colaboración de profesionales de los Sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales que, con la periodicidad necesaria, se reunirán con el equipo

técnico con el objetivo de cumplir con los criterios de interdisciplinariedad y coordinación en la atención de los niños con dificultades en el desarrollo.

Sobre la base de valoración de necesidades de los niños/as y sus familias, el EVAT diseñará el PAP, en este plan se especificarán las actuaciones a desarrollar, tanto por parte del EIAT como por parte de otros profesionales, en concreto, las áreas de actuación:

- Área de atención al niño o niña, en la cual se definirán los servicios que deban prestarse, así como la frecuencia y duración de cada uno de ellos. En este Decreto se contemplan como posibles servicios: psicomotricidad, psicoterapia, fisioterapia, logopedia, trabajo social, psicopedagogía, psicología, Terapia Ocupacional, Educación Social y otros.
- Área de atención a la familia y personas tutoras, en las que se especifican acciones de apoyo y orientación a las familias.
- Área de atención en la escuela; en la que se especifican objetivos pedagógicos en colaboración con los Centros de Apoyo a la Formación e Innovación Educativa-Berritzegunes.

- Área de intervención en el entorno, en el que se diseñan y realizan, en colaboración con Servicios Sociales, las actuaciones dirigidas a la superación de barreras físicas y sociales, teniendo en cuenta el entorno natural de cada niño o niña.

Los requisitos de personal que cada Centro de Desarrollo Infantil y de Atención Temprana deben tener obedece al menos tres de los siguientes perfiles profesionales: psicomotricidad, psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y/o trabajador social. Además de cumplir estos perfiles deberán tener cualificación específica en Atención Temprana o experiencia especializada.

Un aspecto en común de los tres sistemas a través de los cuales se puede proporcionar el servicio de Atención Temprana, tanto el Sistema Sanitario, como educativo y de Servicios Sociales se organiza en torno a tres niveles de intervención, los cuales guiarán la práctica (nivel primario, secundario y terciario). En estos niveles se contempla tanto la prevención de aparición de deficiencias (primario) así como la detección y diagnóstico precoz de deficiencias (secundario) y la reducción de consecuencias negativas de las

deficiencias, trastornos o disfunciones observadas (terciario).

Cada EIAT realizará labores de coordinación y solicitará apoyo de las siguientes personas profesionales que atienden a los niños y niñas: pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria, profesionales de Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil y trabajadoras o trabajadores sociales del Sistema Vasco de Salud; tutores o consultores de los Centros de Educación Infantil y Primaria así como educadores de las Escuelas Infantiles o Guarderías; Trabajadores o trabajadoras sociales del Sistema Vasco de Servicios Sociales (Departamento de Empleo y Políticas Sociales del País Vasco, 2016).

No obstante, pese a que se pone de manifiesto en este Decreto, al igual que en los planes y programas anteriormente citados, se alude a la importancia de lograr vías efectivas de coordinación entre los tres sistemas. El Decreto de Atención Temprana de País Vasco establece como norma básica del modelo integral de intervención la creación de un sistema de coordinación que garantice la colaboración efectiva entre los sistemas de salud, educativo y de Servicios Sociales.

Con el fin de lograr este objetivo se establece el Consejo Interinstitucional de Atención Temprana y la Comisión Técnica Interinstitucional de atención Temprana.

Por un lado, el consejo interinstitucional está formado por la Presidencia y siete vocales:

- La viceconsejera/o responsable de política de infancia del Departamento competente en Políticas Sociales en el Gobierno Vasco, que ostente la Presidencia.
- La directora o director responsable de política de infancia del Departamento competente en Políticas Sociales en el Gobierno Vasco, que ostente el cargo de Secretaría.
- La directora o director responsable de Innovación Educativa del Departamento competente en Educación en el Gobierno Vasco.
- La directora o director responsable de Salud Pública y Adicciones del Departamento competente en Salud en el Gobierno Vasco.
- Los tres directores y/o directoras responsables de las direcciones de las Diputaciones Forales a las que se

adscriben los Equipos de Valoración en Atención Temprana.

- Un representante de la asociación de municipios de Euskadi más representativa.

Por otro lado, la Comisión Técnica Interinstitucional de Atención Temprana está integrada en la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y adscrita al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Servicios Sociales, sin integrarse en su estructura jerárquica, y tiene su sede en las dependencias de dicho Departamento situadas en Vitoria-Gasteiz. A su vez, la Comisión estará formada por el siguiente personal técnico:

- Una persona nombrada por la Dirección competente en política de infancia del Gobierno Vasco, que llevará la secretaría.
- Una persona nombrada por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.
- Una persona nombrada por Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- Dos personas nombradas a propuesta de la Dirección General de Innovación Educativa del

Departamento de Educación del Gobierno Vasco.

- Tres personas nombradas a propuesta de cada Diputación Foral como responsables de los Equipos de Valoración de Atención Temprana.
- Tres técnicos o técnicas de los Equipos de Valoración de Atención Temprana.
- Una persona nombrada a propuesta de la Asociación de municipios de Euskadi más representativa, que actuará en representación de los Servicios Sociales de Base.

La presidencia de la Comisión será tomada en posesión por uno de los miembros que compongan los siguientes Servicios: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; una persona de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud; dos personas nombradas por la Dirección General de Innovación Educativa del Departamento de Educación del Gobierno Vasco y/o tres personas procedentes de cada Diputación Foral responsables de los equipos de Valoración de Atención Temprana.

Se entiende como funciones del Consejo Interinstitucional de Atención Temprana las siguientes:

- a. Crear medidas específicas para asegurar la coordinación entre los sistemas que forman parte del proceso de Atención Temprana.
- b. Promover el desarrollo de Carteras y Catálogos de Servicios y Prestaciones correspondientes a los Sistemas de Educación, Salud y Servicios Sociales.
- c. Aprobar protocolos básicos de coordinación y derivación entre los sistemas de Salud, Educación y Servicios Sociales, de forma que se garantice la coherencia en las actuaciones y se aprovechen los recursos, la información y los conocimientos.
- d. Aprobar el plan de servicios para la implantación del conjunto del dispositivo de Atención Temprana.
- e. Formar grupos de trabajo para la elaboración de protocolos y la creación de instrumentos.
- f. Realizar una propuesta relativa al catálogo de títulos, estudios y de competencia profesional para la

acreditación de cualificación profesional en base a los criterios y propuestas de la Comisión Técnica Interinstitucional de Atención Temprana.

Por otro lado, la Comisión Técnica Interinstitucional de Atención Temprana se integra en la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y se encuentra adscrita al Gobierno Vasco en materia de Servicios Sociales. Las funciones de esta hacen referencia a:

- a. Supervisar la intervención Integral en AT desde los sistemas de salud, educativo y de servicios sociales. Así como garantizar la puesta en marcha de actuaciones e instrumento de coordinación necesarios en el proceso de intervención.
- b. Evaluar el desarrollo de las intervenciones con el fin de detectar tanto disfunciones como nuevas necesidades y así poder idear elementos de mejora.
- c. Analizar y proponer protocolos de coordinación y derivación, así como de guías de actuación.
- d. Fomentar la investigación en el campo de la Atención Temprana.
- e. Elevar recomendaciones y propuestas al Consejo Interinstitucional de Atención Temprana.
- f. Elaborar un plan de servicios para la implantación del dispositivo de Atención Temprana.
- g. Realizar cuantas evaluaciones sean necesarias para valorar la calidad de la intervención integral de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Las causas fundamentales de finalización del servicio de Atención Temprana al cumplimiento de los objetivos terapéuticos fijados en el plan de atención personalizado; superación de la edad límite de acceso y permanencia (6 años) y/o voluntad expresa de los padres/madres o tutores e incumplimiento de las normas establecidas para la correcta prestación del servicio (Departamento de Empleo y Políticas Sociales del País Vasco, 2016; Sanidad y Consumo. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2010).

CLAVES:

En el País Vasco, desde el ámbito de salud, el objetivo es el desarrollo de los programas de prevención de las dificultades en población infantil, el seguimiento de la población en riesgo y la colaboración en propuestas de intervención temprana.

En el ámbito de Educación, los Berritzegunes, entendidos como Centros de Apoyo a la Formación e Innovación fueron creados con carácter de Servicios de Apoyo a la Educación para llevar a cabo programas de Necesidades Educativas Especiales en los que se lleva a cabo valoración y dictamen de necesidades independientemente de la presencia de diagnóstico médico.

Desde el ámbito de Servicios Sociales, se desarrollan dos actuaciones. Por un lado, actuaciones dirigidas a la protección/desprotección de niños/as y, por otro lado, las actuaciones de promoción de la autonomía y atención a la discapacidad y la dependencia.

La responsabilidad del funcionamiento del Servicio de Atención Temprana en el País Vasco es de Servicios Sociales.

Cantabria

La Cartera de Servicios de Atención Temprana de Cantabria, forma parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales que a su vez se gestiona a través de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria; Dirección General de Salud Pública; Dirección General de Servicios Sociales y Servicio Cántabro de Salud. Específicamente este servicio se encuentra integrado dentro de atención primaria. La principal característica, a diferencia de las comunidades autónomas vecinas, es que, al estar incluido en la cartera de servicios de salud, se considera que es una atención sanitaria que se proporciona como cualquier otro servicio de salud y que se atiende como algo prioritario.

La población que se beneficia de este servicio en la Comunidad Autónoma de Cantabria sería los niños de 0 a 42 meses o mayores de esta edad si no están escolarizados, con alteraciones del desarrollo o riesgo de padecerlo.

El proceso de acceso comienza con la valoración por parte de los profesionales del Servicio de Atención Primaria o atención especializada del Servicio Cántabro de Salud, de los Servicios Sociales o Servicios Educativos.

- Tareas de coordinación para la valoración de las necesidades del niño, familia y entorno.
- Programa de intervención/seguimiento específico.
- Tareas de registro y mantenimiento actualizado de información (Boletín Oficial de Cantabria, 2023).

En el Servicio Cántabro de Atención Temprana, la coordinación se encuentra protocolizada al igual que el resto de las áreas o Servicios de Salud. Sin embargo, el Servicio de Educación tienen sus propios equipos de Atención Temprana ubicados en los centros de Atención Primaria por lo que los niños cuando entran en el colegio, con lo que el niño pasa de ser atendido por AT a través del Sistema de Salud para ser atendido en el Colegio a través de apoyos educativos.

Esto es posible gracias a la existencia en cada Centro Educativo de un equipo de atención temprana de referencia o un equipo psicopedagógico; a su vez también cuentan con la figura del Fisioterapeuta, profesores especializados en audición y lenguaje (AL) y en pedagogía terapéutica (PT). Como cribado crucial para atender si el niño se debe atender desde el equipo de salud o desde el equipo de educación es si en cada caso concreto es prioritaria la condición de salud del niño/a o la necesidad educativa (Boletín Oficial de Cantabria, 2023).

CLAVES:

En Cantabria la Cartera de Servicios de Atención Temprana de Cantabria, forma parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales que a su vez se gestiona a través de la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria y se ubican en Centros de Atención Primaria.

La población que se beneficia de este servicio en la Comunidad Autónoma de Cantabria sería los niños de 0 a 42 meses.

La coordinación se protocoliza al igual que el resto de las áreas o Servicios de Salud.

El Servicio de Educación tienen sus propios equipos de Atención Temprana por lo que los niños cuando empiezan en el colegio son atendidos por el equipo del colegio o el equipo de Atención Temprana.

Análisis comparativo de modelos

El Principado de Asturias se caracteriza por una dinámica demográfica regresiva derivada de un crecimiento vegetativo negativo y un saldo migratorio deficitario (Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, 2017). Hay un elevado grado de dispersión del poblamiento e importante número de núcleos rurales deshabitados o en el umbral del despoblamiento. Con motivo de la necesidad progresiva de recursos para implementar políticas que contribuyan a invertir el declive demográfico regional, así como la emigración interior hacia el área central, se establecen 13 UAIT no solo en las ciudades centrales con más densidad de población, sino que también se instauran en el resto de las áreas de servicios sociales del territorio asturiano (Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana, 2017).

Esta estructura territorial, así como la necesidad de dar respuesta a las necesidades de toda la población, y no solo a la residente en núcleos urbanos centrales. Esta situación tiene lugar también en Cantabria. Cantabria, con

una pirámide poblacional similar a la asturiana y teniendo como base la dispersión poblacional y geográfica, organiza su sistema de Servicios Sociales en base a áreas de Servicios Sociales y Zonas Básicas de Servicios Sociales. Cumpliendo con los objetivos de equidad y universalidad en el acceso a los recursos; incluido el servicio de Atención Temprana.

El servicio de AIT es un servicio gratuito en todo el territorio español, esto incluye las tres comunidades seleccionadas para estudiar este servicio. Además, en el País Vasco, en Asturias y Cantabria se realiza detección y seguimiento desde el Servicio de Atención Primaria en los Centros de Salud.

Como se ha explicado anteriormente, Asturias estructura el servicio de Atención Temprana en base al Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, mientras que, en el caso de Cantabria, El servicio de Atención Temprana está regulado en la Ley de Cantabria 2/2007 del 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales; actualizado a fecha 1 de enero de 2023. En esta Ley ofrece el servicio de Atención Temprana como un servicio destinado a

la prevención, detección precoz, diagnóstico y la atención a trastornos del desarrollo que puedan afectar a personas con la finalidad de promover un desarrollo armónico y evitar cualquier limitación en la autonomía personal. El servicio es garantizado, gratuito y prestado por el servicio Cántabro de Salud. En este término, los Equipos de Atención Temprana están ubicados en los Centros de Salud de Atención Primaria; dependiente de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Actualmente ubicados en cuatro Centros de Salud correspondientes a las cuatro áreas de Servicios Sociales de Cantabria: Sardinero (Santander), Laredo (Laredo), Covadonga (Torrelavega) y Campoo (Reinosa).

Como se menciona previamente, la situación demográfica de Asturias y Cantabria es similar. No así la gestión del Servicio de Atención Temprana. En Cantabria la AIT se proporciona a través del Servicio de Salud (aunque manteniendo dependencia con la Consejería de Servicios Sociales) en edades primarias del desarrollo y posteriormente, cabría la posibilidad de que se proporcionara este Servicio en los Centros Educativos. En Asturias, sin

embargo, estos sistemas sectoriales funcionan de forma independiente, de manera que el Servicio de Intervención de AIT se llevará a cabo en las Unidades de Atención Temprana. A su vez, a nivel escolar se inicia el procedimiento a través de la demanda de la familia por lo que entendiendo esto, podría darse respuesta a las dificultades de desarrollo de los niños/as a través de los tres Sistemas de forma simultánea, según las necesidades del niño/a. En País Vasco la atención desde los tres ámbitos no es excluyente, de forma que se pueden atender las dificultades desde las Unidades de Atención Temprana y en que se inicie paralelamente la atención las NEE dentro del Centro escolar, tras ser derivado el niño al Berritzegune, a través del médico de atención primaria, de los servicios sociales, del Equipo de Intervención de Atención Temprana y/o a partir de la solicitud directa de la familia.

Una disparidad que presenta el Servicio Cántabro de AIT con respecto al Servicio Vasco y al asturiano es que la edad en la que se proporciona el servicio de AT es, en el servicio cántabro es de los 0 a los 42 meses mientras que en las comunidades colindantes de 0 a 6 años.

La AIT en el País Vasco se proporciona a través de los EIAT que están ubicados en las UAIT. No obstante, una de las diferencias con respecto a las CCAA es que el Gobierno Vasco cuenta con un equipo de valoración educativa que tendrá en cuenta las necesidades educativas del niño/a en cuanto se escolariza, así como las necesidades de cualquier otra índole que puedan surgir durante el proceso educativo y que puedan influir negativamente en el desarrollo de competencias personales y académicas. En este caso, en Asturias y Cantabria es el mismo equipo que valora que el equipo de intervención a excepción de Asturias, que el equipo de la UAIT Generalista puede ser que asuman el tratamiento del niño o que deriven el caso a la Unidad Específica para que sea este equipo el que lleve a cabo la intervención. Sin embargo, un punto en común respecto a las tres comunidades autónomas expuestas anteriormente es la necesidad de protocolizar un sistema de coordinación por parte de los Sistemas educativo, social y sanitario con el fin de garantizar una atención integral a las necesidades del niño y la familia tanto si éste se encuentra en riesgo como si ya ha

recibido u diagnóstico por parte del equipo de Atención Primaria.

En este término, el Gobierno Vasco en el desarrollo del Decreto de Atención Temprana han creado, por un lado, el Consejo Interinstitucional de Atención Temprana y por otro lado, la Comisión Técnica Interinstitucional. Entre las funciones de estas instituciones se encuentra como finalidad fundamental: garantizar la coordinación intersectorial.

El principado de Asturias, por su parte, en el Proyecto de Decreto de Atención Temprana, en el Capítulo III: estructura de coordinación Interinstitucional para la AT también propone la creación de estas dos instituciones. Con el fin de que den respuesta a la complejidad y a la naturaleza interdisciplinar de la intervención en AIT y así coordinar las acciones que se lleven a cabo desde salud, educación y de Servicios Sociales (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021).

Debido a la estructura administrativa característica de España, tal y como se alude anteriormente, la AT se ha estructurado en torno a tres servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo. Esta situación

en combinación con las diferencias poblacionales y demográficas entre las Comunidades Autónomas evidenció dificultades para establecer un sistema único de dotación del servicio de Atención Temprana en todo el Territorio Español en el cual se unifique un procedimiento de acceso, así como de derivación. Esta dificultad se sumó a los impedimentos para unificar un sistema de coordinación entre los tres ámbitos de actuación.

Como se ha visto anteriormente, un hecho clave que marca las premisas de todo proceso de Atención Temprana, es la dependencia funcional y estratégica de este servicio. En País Vasco se observa que los tres ámbitos (sanitario, educativo y social) se encuentran representados durante todo el proceso de AIT, esto implica que la coordinación intersectorial va a ser más fluida y por tanto, que sea posible combinar el tratamiento que se da desde las UAIT y los apoyos a nivel educativo, de forma que se asegure una atención a las dificultades de desarrollo en toda la franja de edad de Atención Temprana (de 0 a 6 años).

En Cantabria y en Asturias, sin embargo, aunque se interrelacione los ámbitos entre sí, no se lleva a cabo esta intervención de forma simultánea, si no que los menores pasan de tener una intervención específica en las áreas de desarrollo que precisan, a tener apoyos educativos en caso de que los requieran cuando inician su escolarización. No obstante, las CCAA analizadas tienen como objetivo inherente al progreso de la Atención Temprana en su contexto, lograr una coordinación de todo el sistema que garantice una atención de calidad tanto al menor con dificultades de desarrollo como a su familia (Tabla 15).

Tabla 15

Análisis comparativo de la respuesta atención temprana en Asturias, Cantabria y País Vasco.

CANTABRIA	ASTURIAS	PAÍS VASCO
Edades de 0-42 meses	0-6 años	0-6 años
Servicios Sanitarios	Servicios Sociales	Servicios Sociales
Fisioterapeuta, AL y/o PT	Equipo psicopedagógico	Logopeda, fisioterapeuta, psicólogo y/o terapeuta ocupacional
Gratuita	Gratuita	Gratuita
AP: detección y seguimiento	AP: detección y seguimiento	AP: detección y seguimiento
No se atiende de forma simultánea en educación y AIT	Puede ser atendido de forma simultánea	Se atiende desde los tres ámbitos de forma simultánea
Mismo equipo de valoración que de intervención	Mismo equipo de valoración que de intervención	Equipo de valoración y equipo de intervención diferenciados

Nota. Fuente de elaboración propia. AP: Atención Primaria; AL: Profesores Especializados en Audición y Lenguaje; PT: Pedagogía Terapéutica; AIT: Atención Infantil Temprana.

ESTUDIO CUANTITATIVO

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE MEMORIAS CORRESPONDIENTES AL PERIODO 2013-2022

- Número de casos atendidos
- Origen de la demanda para el acceso
- Origen de la derivación
- Motivo de consulta o demanda
- Perfiles de los niños y niñas atendidos
- Tiempos de espera promedio para el acceso
- Número de niños atendidos según tipología.
- Comparativa intergrupo del número de menores que ingresan en las UAIT según grupo etario
- Número de niños atendidos según motivo de derivación
- Tipología de trastornos atendidos en 2022
- Tipología de los factores de riesgo atendido
- Edades de los progenitores de los niños atendidos (2013-2022)
- Número de sesiones facilitadas según tipología en el periodo 2018-2022.
- Promedio de horas trabajadas según figura profesional
- Número de reuniones de coordinación con otros agentes
- Valoración general de los servicios e instalaciones de las UAIT.

A continuación, a lo largo de este capítulo se analizarán de forma descriptiva los datos reportados por cada una de las diferentes Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) del Principado de Asturias en términos de calidad del servicio prestado (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004).

El objetivo de estos informes radica en el establecimiento de un registro de actuación de cada uno de los centros sociosanitarios donde se facilitan servicios enmarcados en la Atención Temprana.

Paralelamente, la recogida sistemática de esta información es indispensable para la justificación y creación de nuevas políticas, las cuales han de ir acorde a las demandas y necesidades de la ciudadanía.

Estos informes técnicos responden a seis bloques de información: organización de la unidad, cobertura de la unidad, características de los niños que acuden a la UAIT, características sociodemográficas de las familias, actividad de la UAIT, valoración de la UAIT.

Asimismo, son diferenciadas un total de veinticuatro subcategorías entre los diferentes bloques de información.

Se han recopilado un total de 99 informes técnicos correspondientes a la periodicidad 2013-2022; sesenta y cinco de ellas son pertenecientes a las UAIT generalistas, y treinta y cuatro a las UAIT específicas.

Número de casos atendidos en las UAIT

En cuanto al número de casos que se les ha prestado algún tipo de atención o servicio en las UAIT, se da un mayor número de casos en aquellas que son de tipología generalistas respecto a las de tipología específica, observando un aumento progresivo de casos a lo largo de este periodo, dándose un incremento en cifras relativas desde el 2013 al 2020 de 941 casos nuevos, frente a 110. En cuanto al número de casos prestados de algún servicio en las UAIT, se da un mayor número de casos en las de tipología generalistas respecto a las de tipología específica, observando un aumento progresivo de casos en este periodo, dándose un incremento en cifras relativas de 2013 a 2020 de 941 casos nuevos las UAIT generalistas, frente a 110 en las unidades específicas (Tabla 16 y Figura 16).

Tabla 16

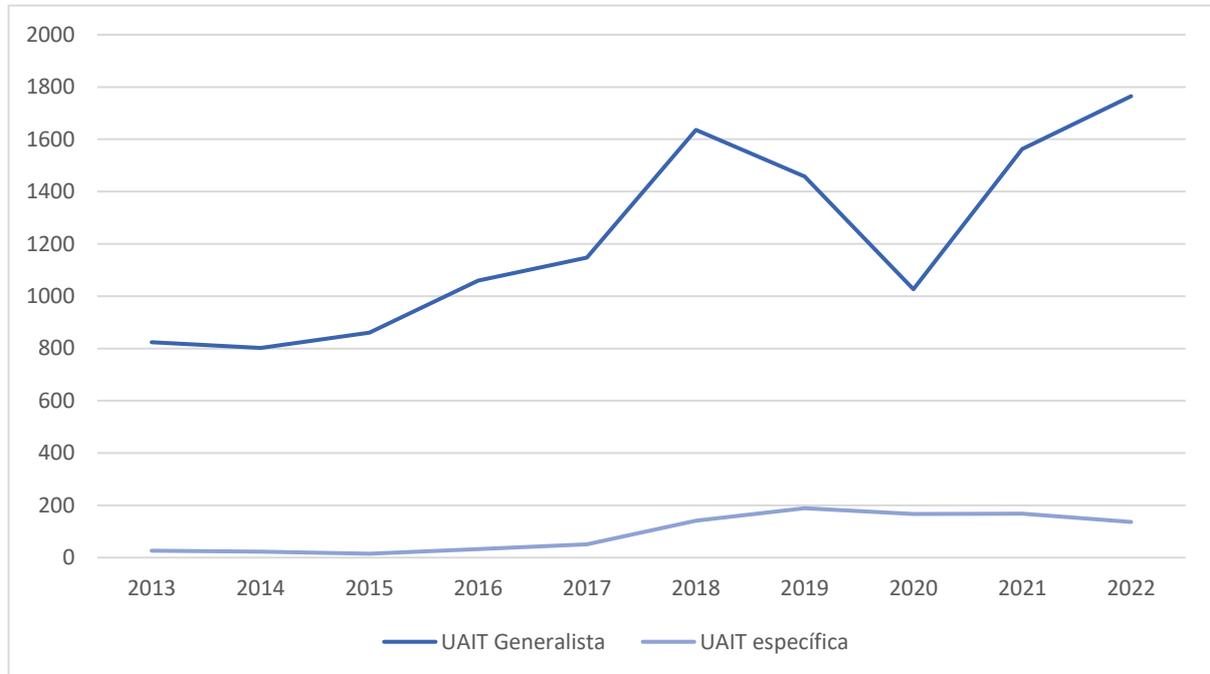
Número de casos atendidos en función de la tipología del centro (2013-2022)

Año	UAIT generalista	UAIT específica
2013	824	26
2014	802	23
2015	860	15
2016	1060	32
2017	1147	51
2018	1636	141
2019	1458	189
2020	1027	167
2021	1563	168
2022	1765	136
Total	12142	948

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 16

Evolución del número de casos (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Origen de la demanda para el acceso a las UAIT

Con relación al origen de la demanda, se observa que el foco de demanda en la mayoría de los casos procede del sistema sanitario; un 88,56% de casos que llegan a las UAIT generalistas y el 65,90% de casos para las UAIT específicas provienen de otras especialidades médicas. En la misma línea, el origen de la demanda procedente del tejido asociativo y del sistema educativo es mayor en las UAIT generalistas respecto a las UAIT específicas.

Únicamente esta tendencia cambia drásticamente cuando nos referimos a que el origen de la demanda depende la voluntad de las propias familias, donde la tasa es mucho más elevada en las UAIT específicas que las generalistas; un 27.94% frente a un 4.88% (Tabla 17).

Tabla 17

Datos promedio sobre el origen de la demanda según la tipología de la UAIT (2013-2022).

	UAIT generalista	UAIT específica
Familia	4,88%	27,94%
Tejido asociativo	1,69%	0,39%
Sistema sanitario	88,56%	65,90%
Sistema educativo	1,92%	0,77%
Servicios sociales	0,94%	1,16%
Otras	2,01%	3,85%

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Origen de la derivación a las UAIT

En función del origen de la derivación, existen cinco casuísticas posibles: desde Atención Primaria, el Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil (PADAI), el Servicio de Oftalmología, las UAIT generalista o un traslado de expedientes entre UAIT (Tabla 18).

En cuanto las derivaciones a la UAIT generalista, la mayoría de los casos tienen su origen desde los servicios de Atención Primaria, asimismo, los traslados de expediente entre UAIT también concurren en alrededor de 80 casos. En cuanto a los servicios ofertados por PADAI u oftalmología, no existen casos derivados ya que estos derivan de forma directa a UAIT específicas.

En lo que respecta a las UAIT específicas, la mayoría de los niños acceden tras una derivación por parte de la UAIT generalista. En cuanto a ámbitos más específicos, los casos derivados desde oftalmología (16) son menores frente al número de derivaciones hechas por el PADAI (90). En el caso de los traslados de expediente, a pesar de que las cifras son menores con respecto a las UAIT

generalistas, de forma proporcional hay una mayor frecuencia a esto.

Tabla 18

Datos promedio sobre el origen de la derivación según la tipología de la UAIT (2013-2022).

	UAIT generalista	UAIT específica
Atención Primaria	6464	48
PADAI	0	90
Oftalmología	0	16
UAIT generalista	18	345
Traslado de expediente entre UAIT	82	34

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Motivo de consulta o demanda en las UAIT

En relación con las variables anteriormente descritas: origen de demanda y derivación, existen a su vez variedad de casos atendidos cuyo motivo de consulta o demanda también es diverso. Asimismo, en la última década los diferentes factores han mostrado variabilidad en su tendencia, habiendo valores mayores o menores dependiendo del año.

Tomando como referencia los totales de cada uno de los factores y realizando una relación porcentual, el 38% de los casos se corresponden a un retraso o alteración del lenguaje, seguido de un 16% de casos derivados por riesgo biológico, un 15% de casos con retraso psicomotor o madurativo, un 14% por disfunción motora, un 4% por alteración emocional o

de conducta y un 8% por problemas relacionales o de comunicación.

Los factores restantes tienen una representación considerablemente menor que las anteriores: diagnóstico de síndrome (2%), discapacidad sensorial (2%), riesgo social (1%). El único motivo de demanda, con apenas representación en las tasas de derivación, son aquellos casos con dificultades cognitivas o de aprendizaje, presumiblemente debido a que las edades de acceso de los niños y niñas al Servicio de Atención Infantil Temprana no son susceptibles para identificar dificultades a estos niveles en relación con el desarrollo.

Estos datos se dan en términos relativos. Es decir, un mismo niño puede puntuar en diferentes factores, habiendo diferentes demandas para su derivación al servicio (Tabla 19 y Figura 17).

Tabla 19

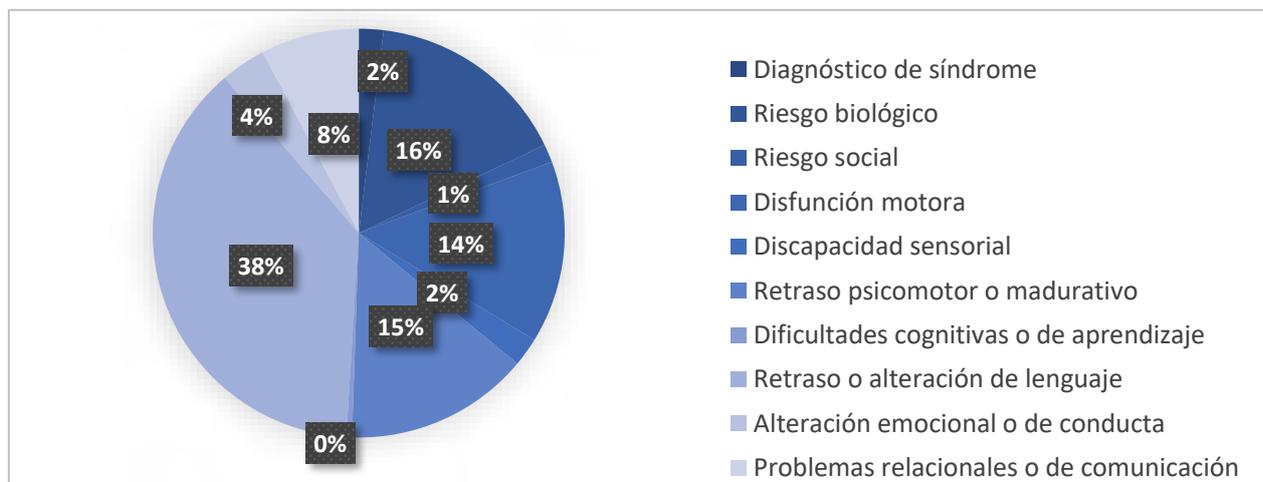
Número de casos relativos según motivo de demanda en el periodo 2013-2022

Año	Diagnóstico de síndrome	Riesgo biológico	Riesgo social	Disfunción motora	Discapacidad sensorial	Retraso psicomotor o madurativo	Dificultades cognitivas o de aprendizaje	Retraso o alteración de lenguaje	Alteración emocional o de conducta	Problemas relacionales o de comunicación
2013	52	105	13	64	5	97	0	188	20	15
2014	10	76	4	85	7	75	2	144	15	16
2015	13	164	5	130	5	107	0	200	20	23
2016	8	134	4	99	4	98	1	258	15	30
2017	9	103	9	93	6	83	0	286	19	21
2018	12	206	19	163	56	123	4	398	52	64
2019	17	123	17	106	28	120	7	462	38	80
2020	13	78	19	96	39	67	6	232	29	68
2021	8	139	19	170	22	181	9	514	56	177
2022	16	175	9	170	14	233	7	399	26	138
Total	158	1303	118	1176	186	1184	36	3081	290	632

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 17

Datos promedio según el motivo de demanda en el periodo 2013-2022.



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Perfiles de los niños y niñas atendidos en las UAIT

Según grupo etario

Teniendo en consideración el perfil del menor según su edad, y que hayan comenzado en una UAIT con fecha posterior al 1 de enero del año evaluado, se obtienen un total de siete subgrupos: de 0-6 meses, de 7-12 meses, de 13-24 meses, de 25-36 meses, de 37 a 48 meses, de 49 a 60 meses y de 61 a 75 meses (Tabla 20).

Cada uno de estos rangos tiene una tendencia que varía dependiendo del año (Figura 18). No obstante, en términos totales existen tres franjas etarias con una incidencia creciente: de 25-36 meses (2.285 casos), de 13-24 meses (1.886 casos) y de 0-6 meses (1.725 casos).

Cabe destacar la franja etaria que comprende edades entre los 7 y 12 meses, con valores intermedios y una tendencia constante a lo largo de los años donde únicamente se presentan dos repuntes sustancialmente mayores que la media,

uno de ellos en el 2018 (96 casos) y otro en el 2022 (97 casos).

Por otro lado, se incluyen tres rangos de edad; de 37 a 48 meses, de 49 a 60 meses y de 61 a 75 meses en donde el número de derivaciones es muy inferior en comparación a las anteriores. Es debido a que la gran mayoría de UAIT dan un servicio hasta los 36 meses, pudiendo prorrogar este periodo si está debidamente justificado. En el primer caso a lo largo de los años analizados únicamente se han registrado 167 casos, existiendo un incremento sustancial al alza de 49 casos en el año 2021. En los dos rangos siguientes: 49-60 meses y 61-75 meses, los únicos niños que han llegado a las UAIT se corresponden al año 2019, con 4 y 5 menores respectivamente.

Asimismo, cabe destacar que, en el año 2020, coincidente con la pandemia por COVID19, en la totalidad de las franjas etarias hubo un punto de inflexión que conllevó a un menor número de derivaciones. Estas fueron incrementándose de manera progresiva durante el año siguiente.

Tabla 20

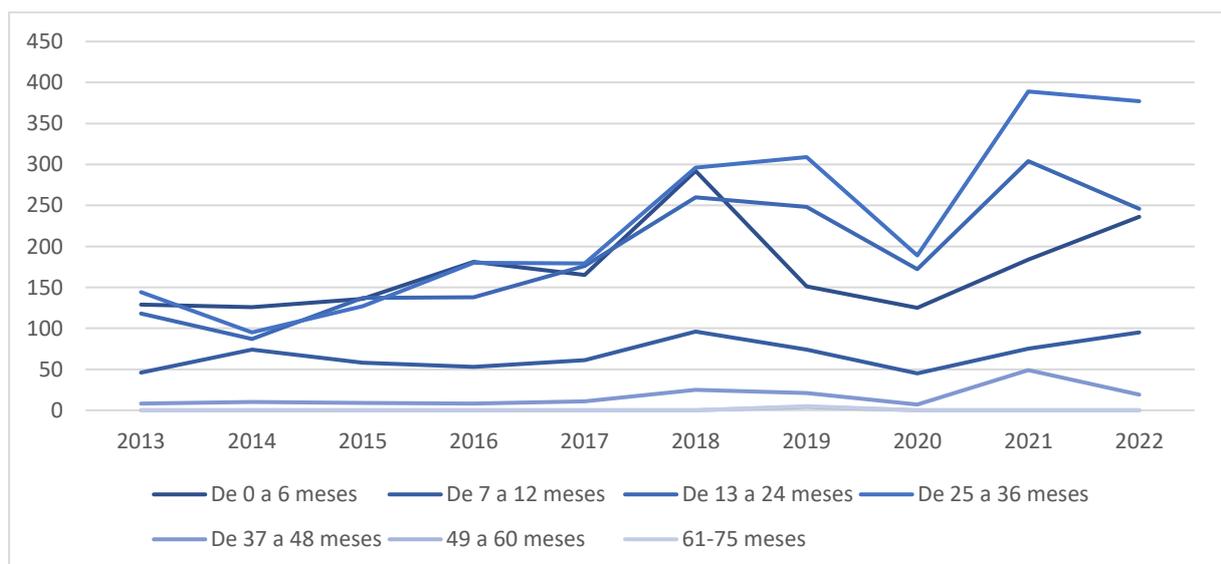
Número de casos según grupo etario en el periodo 2013-2022

Año	Grupo Etario						
	0-6	7-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-75
2013	129	46	118	144	8	0	0
2014	126	74	87	95	10	0	0
2015	136	58	137	127	9	0	0
2016	181	53	138	180	8	0	0
2017	165	61	176	179	11	0	0
2018	292	96	260	296	25	0	0
2019	151	74	248	309	21	4	5
2020	125	45	172	189	7	0	0
2021	184	75	304	389	49	0	0
2022	236	95	246	377	19	0	0
Total	1725	677	1886	2285	167	4	5

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT. El grupo etario se representa en meses.

Figura 18

Evolución de los diferentes grupos etarios en el periodo 2013-2022



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Tiempos de espera promedio para el acceso a las UAIT en el periodo 2017-2022

En cuanto a los tiempos de espera, alrededor de 5000 niños y niñas han sido atendidos en las UAIT entre los años 2017-2022, de los cuales, aproximadamente el 67% han tenido el primer contacto en un intervalo de tiempo inferior al mes. Asimismo, el 19% han tenido este contacto al mes de haberse dado la derivación. En el resto de los casos, donde el tiempo de espera ha sido más elevado, se corresponden a los siguientes promedios: 7,3% atendidos a los dos meses, 4% a los tres meses, y, finalmente, un 6,9% atendidos en tiempos de espera superiores a los tres meses (Tabla 21).

Haciendo hincapié en la progresión de estos tiempos de forma independiente desde el año 2017 al 2022, se observa una tendencia positiva, más o menos marcada existiendo dos excepciones notables. En el 2020, en el que se produce un descenso en la totalidad de las tendencias debido a la reducción del número de casos atendidos en las UAIT y en el año 2021, en el que produce una recuperación positiva de todas las tendencias a excepción de una "tiempo de espera de un mes". En esta última continúa la progresión negativa hasta el 2022, año en el que sufre una recuperación exponencial, alcanzando el segundo valor más alto de los recogidos para ese año (Figura 19).

Tabla 21

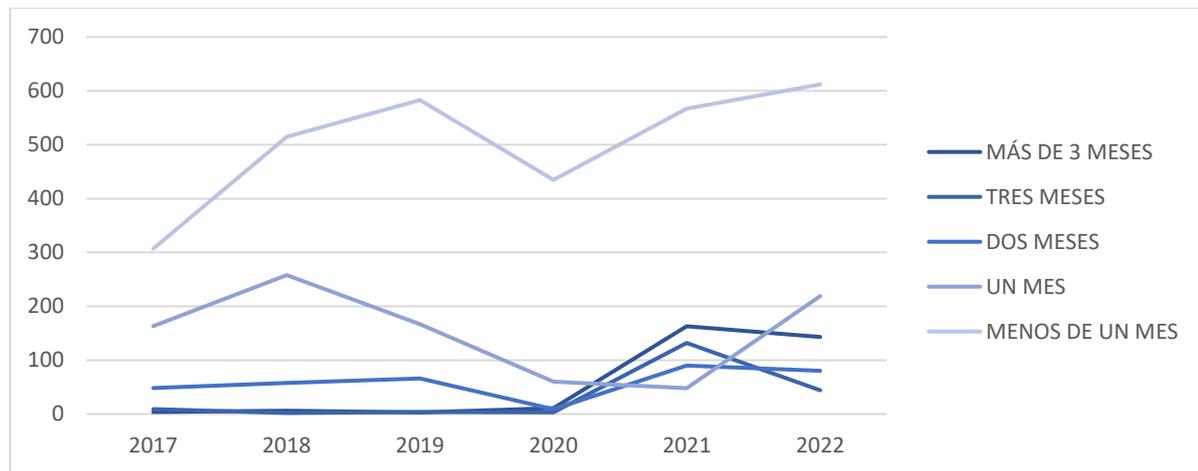
Número de casos según el tiempo de espera para el acceso a UAIT en el periodo 2017-2022

Año	Más de 3 meses	Tres meses	Dos meses	Un mes	Menos de un mes
2017	4	9	48	163	307
2018	6	2	58	258	515
2019	3	4	66	167	583
2020	11	3	9	60	435
2021	163	132	90	48	567
2022	143	44	80	219	612
Total	330	194	351	915	3019

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 19

Evolución del número de casos según el tiempo de espera para el acceso a UAIT (2017-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Tiempos de espera según tipo de servicio.

En relación con la media de los totales generales de días de espera de los niños que son atendidos en las UAIT según el tipo de servicios, se encuentra que el valor máximo es 13,66 y se corresponde con el área de fisioterapia; especialmente en los años 2018 (M=19,10 días), 2020 (M= 24,50 días) y 2021 (M= 17,28 días). Seguido del área de Logopedia, presentando un crecimiento exponencial en los años 2021 (M= 31,92 días) y 2022 (M=17,64 días) (Tabla 22, Figura 20).

El resto de las áreas de atención muestran unas tendencias sostenidas a lo largo de los últimos años (2018-2022) a excepción de dos casos reseñables:

- Área de Psicomotricidad con una incidencia de 22,25 puntos porcentuales en el 2022 con respecto al año anterior.
- Área de Estimulación con un aumento del número de días de espera en el año 2021, aunque, en el año siguiente vuelve a su tendencia habitual.

Tabla 22

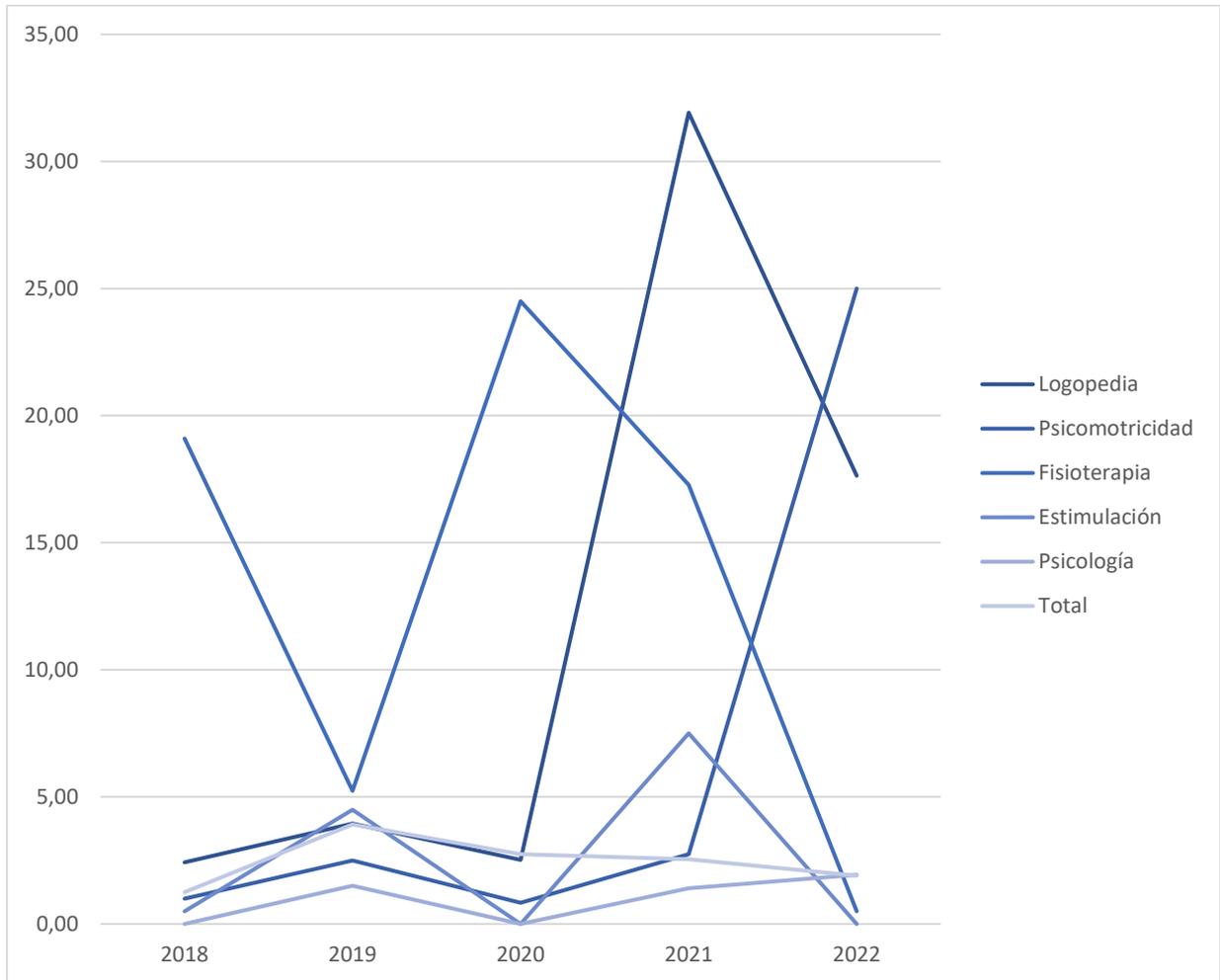
Número de días promedio para el acceso a UAIT en el periodo 2017-2022 según tipo de servicio

Año	Tipología de servicio					
	Logopedia	Psicomotricidad	Fisioterapia	Estimulación	Psicología	Total
2018	2,43	1,00	19,10	0,50	0,00	1,25
2019	3,95	2,50	5,23	4,50	1,50	3,91
2020	2,53	0,83	24,50	0,00	0,00	2,75
2021	31,92	2,75	17,28	7,50	1,40	2,54
2022	17,64	25,00	0,50	0,00	1,93	1,90
Total	12,71	7,03	13,66	2,89	1,13	2,57

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 20

Evolución del tiempo de espera para el acceso a la UAIT según tipo de servicio



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT. Unidad de tiempo representada en días.

Número de niños no atendidos tras su escolarización

Existe un número de niños que no llegan a ser atendidos antes de comenzar el periodo de escolarización. La prevalencia más alta de niños durante el intervalo de tiempo 2018 a 2022 se correspondería con el área de logopedia, donde 542 niños que precisaban Logopedia fueron escolarizados sin ser atendidos; lo que se correspondería a un 89,5% del total de niños no atendidos previamente a su escolarización. Dándose los valores más altos en los años 2021 y 2019; 167 y 151 niños no atendidos desde este servicio respectivamente.

En lo referido al resto de áreas, los datos de prevalencia son notablemente más bajos: psicomotricidad (70 casos), fisioterapia (14 casos), estimulador (8 casos) y psicología (5 casos), representando con respecto al porcentaje total de niños no atendidos previamente a su escolarización un 11,5%, 2,3%, 1,3% y 0,8% respectivamente (Tabla 23, Figura 21).

Tabla 23

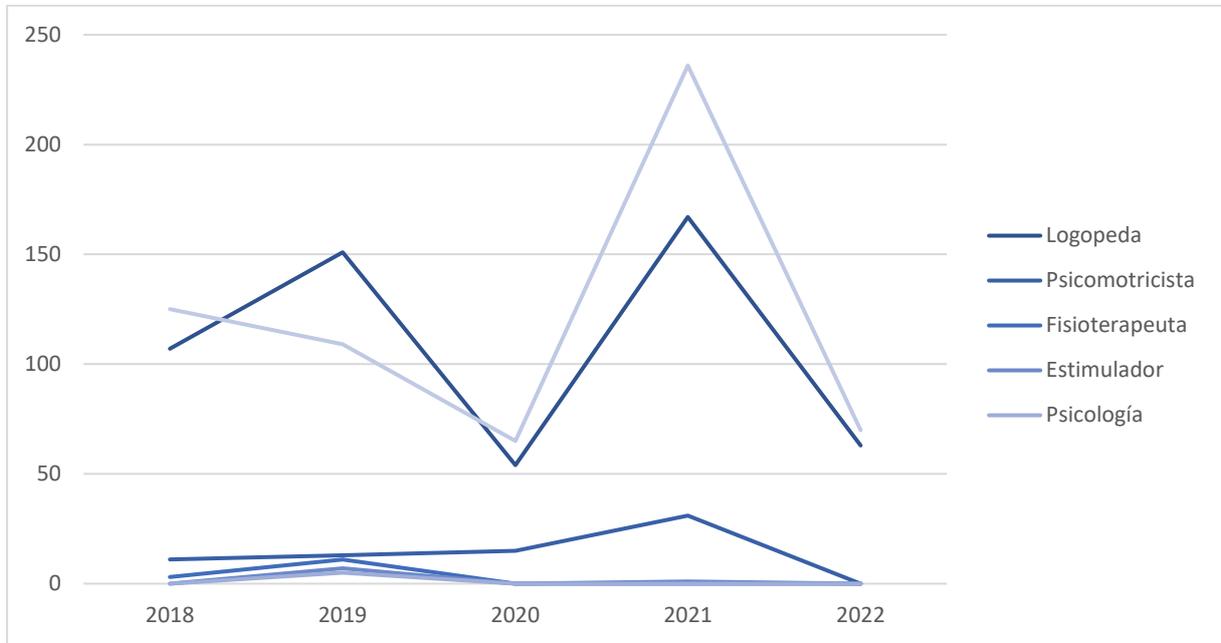
Número de casos atendidos según tipo de servicio en el periodo 2018-2022.

Año	Tipo de servicio					Total
	Logopeda	Psicomotricista	Fisioterapeuta	Estimulador	Psicología	
2018	107	11	3	0	0	125
2019	151	13	11	7	5	109
2020	54	15	0	0	0	65
2021	167	31	0	1	0	236
2022	63	0	0	0	0	70
Total	542	70	14	8	5	605

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 21

Evolución del número de casos según tipo de servicio 2018-2022



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Número de niños atendidos por las UAIT según tipología

Unidades de Atención Infantil Temprana generalistas

Se observa que, en cuanto al total de niños atendidos por años en las UAIT generalistas y considerando como variable de estudio las distintas áreas sociosanitarias del Principado de Asturias, el área donde se atienden más niños corresponde al Área IV (Oviedo), seguido del Área V (Gijón) y del Área III (Avilés) representando un 23%, 21,7% y 16,5% sobre el total de niños atendidos en los años 2018-2022 (Tabla 24, Figura 22). A pesar de esto, y atendiendo a los datos de densidad poblacional infantil expuestos anteriormente en el capítulo 4, la relación existente entre estos valores y el número de niños censados, a nivel proporcional se alcanza una menor población con respecto a otras áreas sociosanitarias.

La representación porcentual del resto de áreas es inferior al 10%, a excepción del Área VII (Mieres), que supera esta cifra un punto y medio por encima. Asimismo, cabe destacar que el Área II (Cangas de Narcea) es donde se localiza el menor total de niños atendidos en esta franja temporal teniendo una representación del 4,5%.

Nuevamente en el año 2020, se observa un detrimento del número de niños atendidos a nivel general, aunque caben destacar dos situaciones:

- El número de niños atendidos en el Área VI (Arriondas) no varía en el 2020 con respecto al año anterior, habiendo sido atendidos 129 menores.
- El número de niños atendidos en el Área II (Cangas de Narcea) en el 2022 equivale al número de niños atendidos en el 2020; 55 menores.

Tabla 24

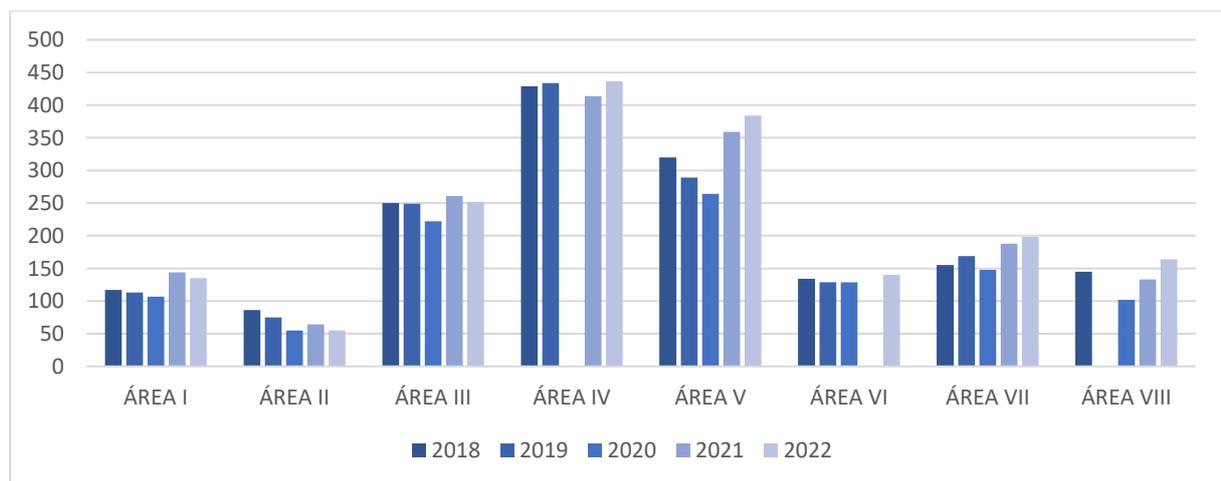
Número de niños atendidos en las UAIT generalistas según la distribución de áreas sociosanitarias (2018-2022)

Área	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Área I	117	113	107	144	135	616
Área II	86	75	55	64	55	335
Área III	250	249	222	261	252	1234
Área IV	429	434	-	414	437	1714
Área V	320	289	264	359	384	1616
Área VI	134	129	129	-	140	532
Área VII	155	169	148	188	198	858
Área VIII	145	-	102	133	164	544

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT. Datos perdidos correspondientes a los años 2019, 2020 y 2021, por no tener acceso a los sistemas de evaluación de calidad proporcionados por las UAITs.

Figura 22

Evolución del número de casos en las UAIT generalistas dependiente del área sociosanitaria



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT. Datos perdidos correspondientes a los años 2019, 2020 y 2021, por no tener acceso a los sistemas de evaluación de calidad proporcionados por las UAITs.

Unidades de Atención Infantil Temprana específicas

En el caso de las UAIT específicas, estas se encuentran ubicadas en las Áreas IV (Oviedo) y V (Gijón), siendo esta última donde hay una mayor concentración de niños atendidos, especialmente en los años 2019 y 2020, donde se supera el centenar de usuarios.

En el año 2020, se vuelve a apreciar un descenso en los niveles de atención como pasaba en las UAIT generalistas.

En el caso del Área IV, sí que se observa una disminución más notable con respecto al Área V, donde únicamente se han cuantificado cuatro infantes menos, si bien es cierto que, en años posteriores, las cifras siguen descendiendo, a pesar de superar a las registradas en 2018 (Tabla 25, Figura 23).

Tabla 25

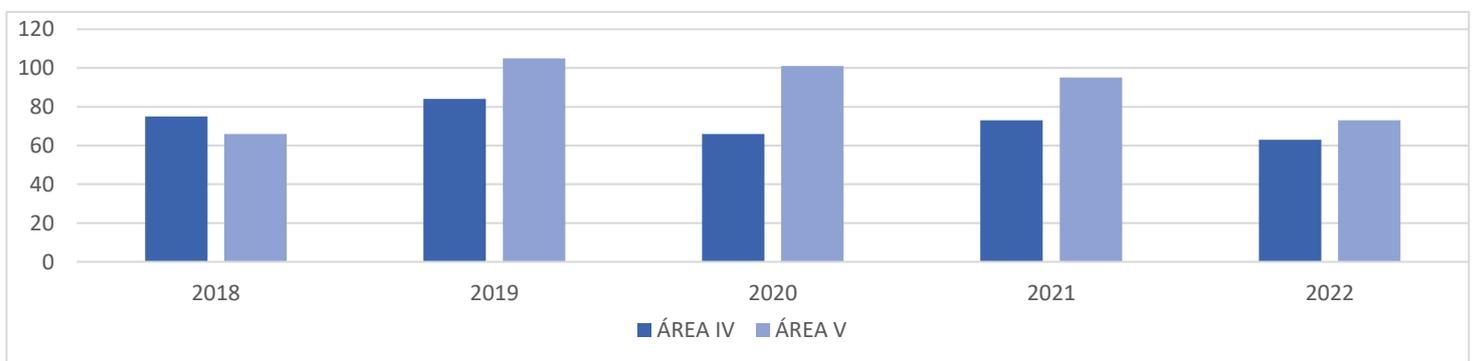
Total de niños atendidos en las Unidades de Atención Infantil específicas según la distribución de áreas sociosanitarias IV y V (2018-2022).

Área	2018	2019	2020	2021	2022
ÁREA IV	75	84	66	73	63
ÁREA V	66	105	101	95	73

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 23

Evolución del número de casos en las UAIT específicas según áreas sociosanitarias IV y V



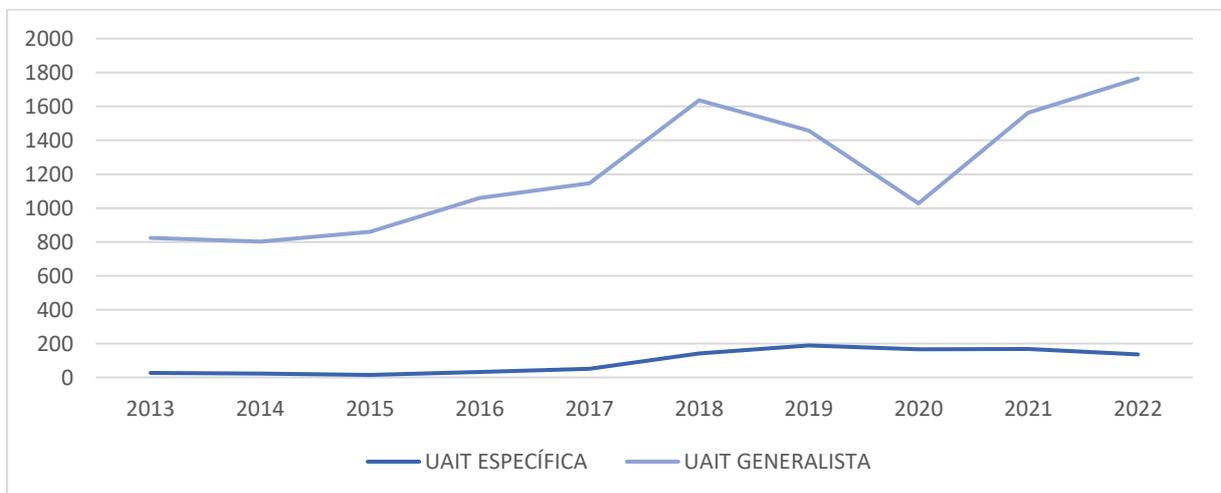
Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Comparativa del número de casos atendidos entre las diferentes tipologías de UAIT

En términos totales, se podría afirmar que en el caso de las UAIT generalistas se han atendido 7449 niños y niñas y que en el caso de las UAIT específicas han sido 801 niños y niñas. Todo ello ofrece una cifra resultante de 8250 casos atendidos durante el periodo 2018-2022 (Figura 24).

Figura 24

Comparación de la evolución del número de niños atendidos en las UAIT generalistas y específicas (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Comparativa intergrupo. N° de menores que ingresan en las UAIT según grupo etario

Atendiendo al número de niños y niñas que acceden a las UAIT y al grupo etario al que pertenecen, se observa variabilidad entre los perfiles (Tabla 26).

En el periodo 2013-2022, el máximo de niños atendidos ha ido variando entre los diferentes grupos etarios hasta 2016. Desde entonces, el máximo se sitúa de manera constante en la franja de entre 25 y 36 meses de edad.

En 2014, el máximo se establece entre los 0 y 6 meses de vida, y en el 2015 se da entre los 13 y 24 meses. Si bien es cierto que se establece una continuidad del valor máximo en niños de 25 a 36 meses, se encuentran valores comunes en dos ocasiones:

- En 2016, son 23 los niños y niñas atendidos en la franja etaria 0-6 meses y 25-36 meses.
- En 2017, son 22 los niños y niñas atendidos en la franja etaria 13-24 meses y 25-36 meses.

Tabla 26

Número de niños que acceden a las UAIT según grupo etario (2013-2022)

	De 0 a 6 meses	De 7 a 12 meses	De 13 a 24 meses	De 25 a 36 meses	De 37 a 48 meses
2013	16	6	15	18	1
2014	18	11	12	14	2
2015	19	8	20	18	2
2016	23	7	17	23	1
2017	21	8	22	22	1
2018	22	7	20	23	2
2019	13	6	21	26	2
2020	10	4	14	16	1
2021	15	7	30	35	4
2022	20	8	21	31	2

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

De la misma forma, es reseñable estas diferencias intergrupo mencionadas anteriormente. Para ello es conveniente explorar las tendencias de forma individual (Figura 25):

- **Edades de 0 a 6 meses:** la tendencia de la línea no es homogénea, lo que nos indica que existe un componente de variabilidad. Se pueden observar tres cambios en la pendiente de la recta. El primer tramo abarca desde el 2013-2018, donde se da una tendencia positiva, aumentando en términos absolutos un total de seis puntos. Si bien es cierto que en el año 2017 se cuantifica una bajada en relación con los datos anteriores, pero esta no es significativa. El segundo tramo de la recta se da desde el 2018 al 2020, dándose una tendencia negativa, que en términos absolutos supondría una reducción de 12 puntos, siendo en el año 2020 donde se da el valor mínimo de la recta. Finalmente, en el tercer tramo de la recta se da un aumento positivo de los valores superando el valor promedio que se sitúa en 17,7 puntos.

- **Edades de 7 a 12 meses:** tendencia mucho más homogénea a lo largo de los años, donde todos los puntos se

encuentran en el intervalo de 5 a 10 puntos, es decir que el número de niños atendidos en esta edad varía entre 5 y 10, habiendo dos excepciones; en 2014 donde se aprecia el valor máximo que toma la recta y en el 2020 donde se aprecia mínimo; uno por encima y por debajo de este intervalo respectivamente.

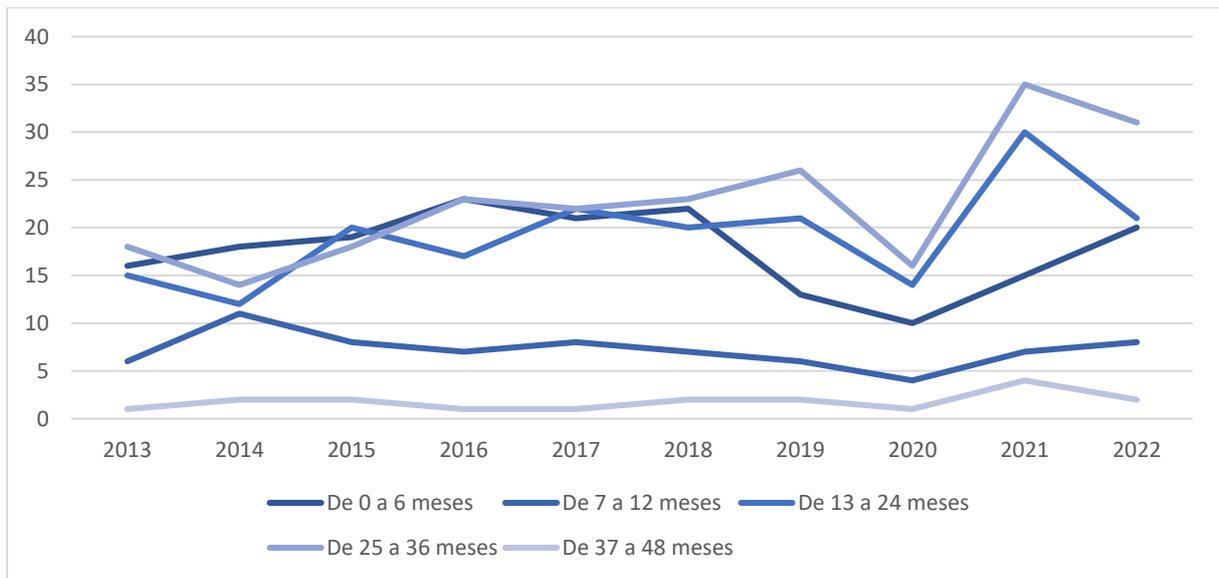
- **Edades de 13 a 24 meses:** nuevamente se da una tendencia heterogénea, con un componente de variabilidad elevado a lo largo de los años, donde la media de los puntos se da en el 19,2. Destaca en sobremanera un momento donde se da un punto de inflexión en la trayectoria de la recta, y este es en el 2020, donde se produce un descenso drástico del número de niños atendidos (-7) con respecto al año anterior, asimismo en el 2021, se produce un aumento exponencial (+16), alcanzando el punto máximo de la recta en la franja temporal analizada.

- **Edades de 25 a 36 meses:** nuevamente se da una tendencia heterogénea, que se comporta de forma similar a la recta anterior; que por norma general tiene valores más bajos. Si bien es cierto que, en este caso, en la franja temporal 2014-2016, se da un crecimiento continuo de los valores. En contraposición, en la anterior, el valor máximo se da en el punto medio (2015).

- **Edades de 37 a 48 meses:** la recta presenta una homogeneidad sostenida, donde todos los valores se encuentran entre uno y cuatro. En términos absolutos, se trata de la franja etaria con menor representación a lo largo de los años estudiados en el presente documento.

Figura 25

Evolución del número de niños atendidos en UAIT según franja etaria



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Número de niños atendidos según motivo de derivación

El motivo de derivación puede venir representado a través de diversas causas, alteraciones o situaciones; comorbilidades.

El tratamiento de los datos realizado a continuación ha de ser comprendido en términos relativos, sabiendo que un mismo niño puede verse representado por diferentes situaciones y, por tanto, ser cuantificado en más de una categoría (Tabla 27, Figura 26).

De manera general, destaca el retraso o alteración del lenguaje como motivo de derivación más frecuente, llegando a alcanzar un máximo de 514 niños y niñas que acceden a los diferentes recursos por este motivo en el año 2021.

Asimismo, los datos apuntan a que esta condición ha sido una tónica constante a lo largo del periodo temporal estudiado, dándose siempre el valor máximo con respecto al resto de categorías o motivos de derivación considerados.

Seguidamente, es el riesgo biológico el siguiente motivo de derivación más común con una media de 130 derivaciones en el periodo 2013-2022, junto a retraso psicomotor o madurativo y disfunción motora, cuyo promedio es de 118 y 117 derivaciones en el mismo periodo.

Tabla 27

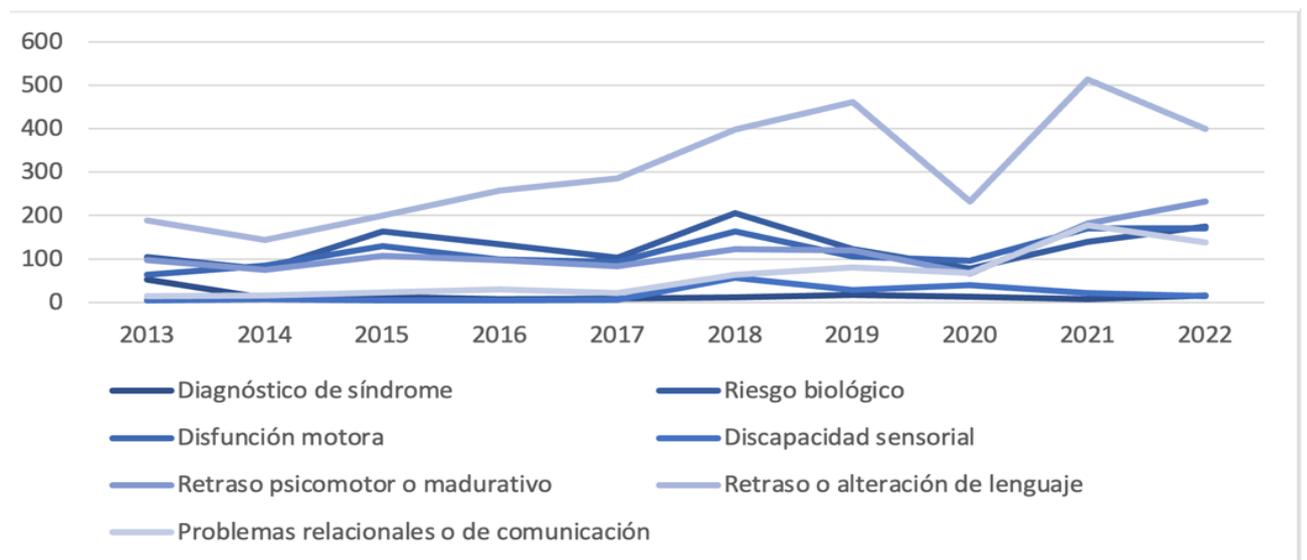
Número de niños atendidos según motivo de derivación (2013-2022)

Año	Motivo de derivación						
	Diagnós- tico de síndrome	Riesgo biológi- co	Disfunción motora	Discapa- cidad sensorial	Retraso psicomotor o madurativo	Retraso o alteración de lenguaje	Problemas relacionales o comunicativos
2013	52	105	64	5	97	188	15
2014	10	76	85	7	75	144	16
2015	13	164	130	5	107	200	23
2016	8	134	99	4	98	258	30
2017	9	103	93	6	83	286	21
2018	12	206	163	56	123	398	64
2019	17	123	106	28	120	462	80
2020	13	78	96	39	67	232	68
2021	8	139	170	22	181	514	177
2022	16	175	170	14	233	399	138

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Figura 26

Evolución de los diferentes motivos de consulta (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

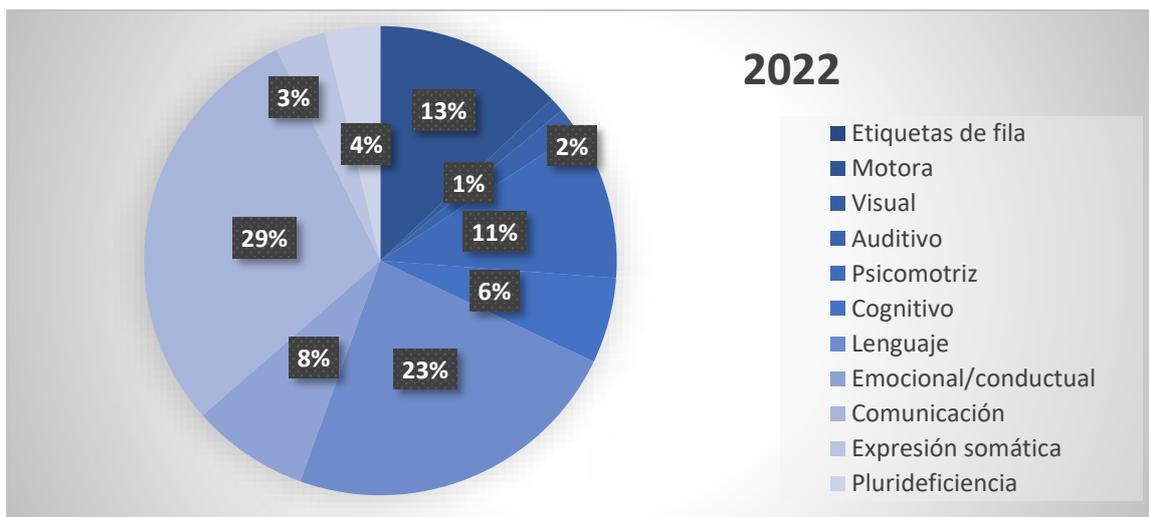
Tipología de trastornos atendidos en las UAIT en el 2022

En cuanto a los tipos de trastorno, se realiza una clasificación entorno a nueve categorías, donde se englobarían en ellos los motivos de derivación.

Así pues, y tomando como referencia los datos recogidos del año 2022, el tipo de trastorno más frecuente en las diferentes UAIT es debido a déficits en el área de comunicación (29%) y dificultades de lenguaje (23%). Ambas áreas ocupan más de la mitad de los casos atendidos (Figura 27).

Figura 27

Promedio de los tipos de trastorno atendidos en las UAIT en el 2022



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Tipología de los factores de riesgo atendidos en las UAIT

En función de los factores de riesgo se da una clasificación en base a tres aspectos globales: la biología, la familia y el propio ambiente. En los dos primeros aspectos se dan, además, una serie de subcategorías (Figura 28)

En lo referido a los factores biológicos, se diferencian cinco subcategorías según el momento de atención respecto a la edad del niño: prematuros, prenatales, perinatales, postnatales u otros.

El cómputo global de estos representa un 69% de la distribución total de factores de riesgo. Siendo la subcategoría de niños postnatales la que tiene una mayor representación (24%), seguida de casos prenatales y prematuros (18% y 15% respectivamente).

En lo que respecta a factores familiares, se diferencian cuatro subcategorías que guardan relación con el periodo de

gestación del niño: estrés durante el embarazo, reproducción asistida, embarazo múltiple y otros.

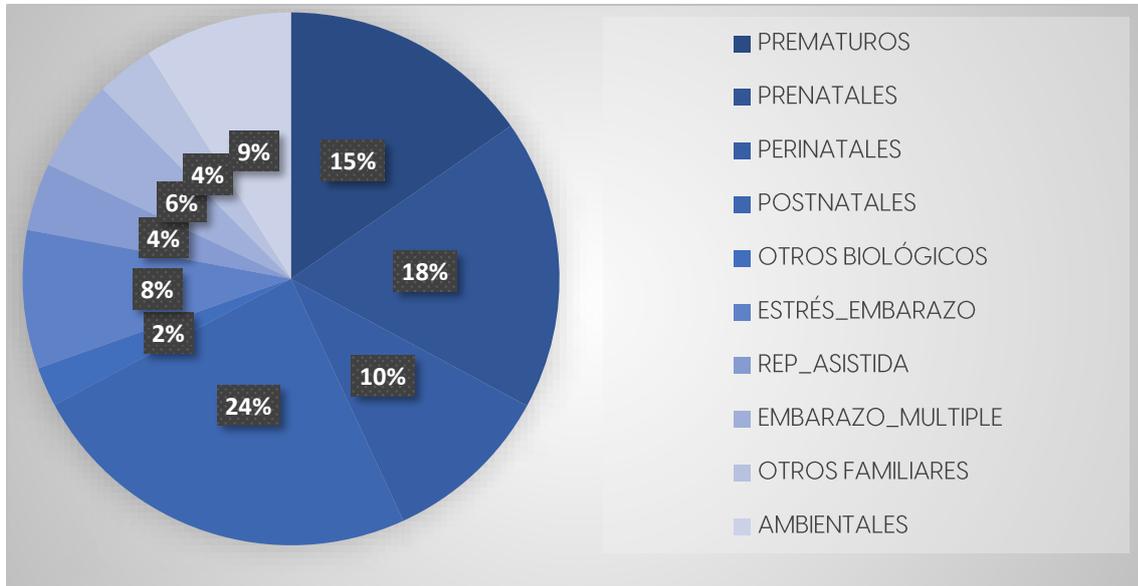
El sumatorio de estas subcategorías resulta en un 22% de la distribución total de los factores de riesgo, siendo el estrés durante el periodo gestacional el que mayor representación tiene (8% sobre la distribución global y un 36,6% sobre la distribución de la categoría a la que pertenece).

Por último, en cuanto a los factores ambientales, tienen una representación sobre la distribución total del 9%.

Asimismo, subcategorías han sufrido variaciones, no mostrándose constantes a lo largo de los años comprendidos entre el 2013 y 2022. Es interesante en este punto realizar un análisis individual de cada subcategoría dado ese componente heterogéneo.

Figura 28

Distribución del total de factores de riesgo.



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Factores biológicos

(Figura 29)

- **Casos prematuros:** los datos registrados han ido decreciendo de forma progresiva desde el 2015, donde se sitúa el punto máximo de la recta (n = 33). En el año 2021 se produce un ligero aumento con respecto al año anterior, donde se representó el valor mínimo de la recta (n = 12). Aunque a partir de ahí la tendencia de la recta pasa nuevamente a decrecer.

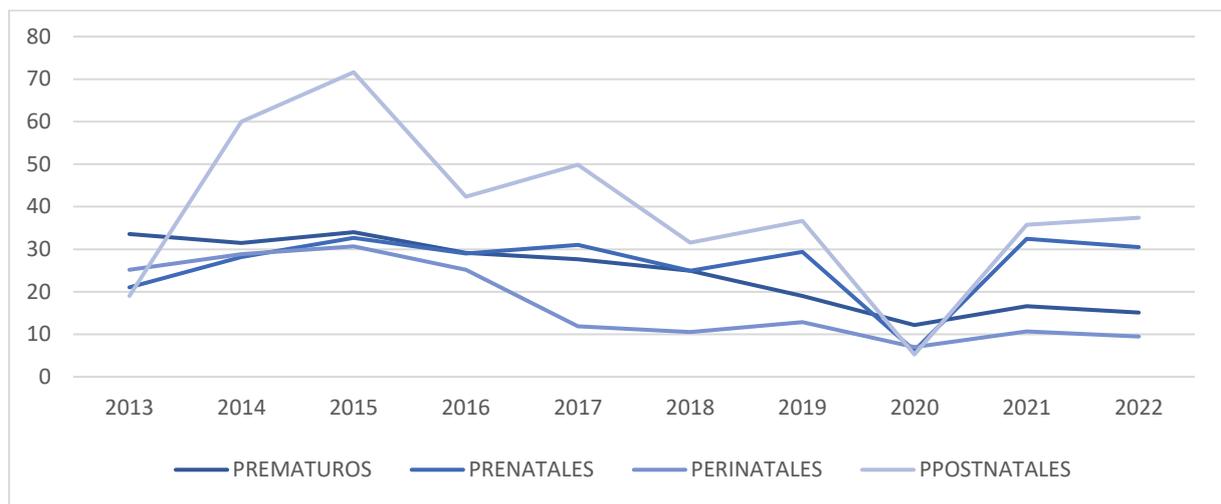
- **Casos prenatales:** la recta muestra cambios en la pendiente, aunque no se pueden considerar como significativos. Observamos que entre los años 2013-2015, el número de casos ascendía de manera constante, no obstante, se mantuvieron los promedios de forma relativa hasta el año 2020 donde se da una caída en picado del número de casos promedio equivalente a 22,33 y posteriormente, en el año siguiente una recuperación con valor de 25,42 casos promedio.

- **Casos perinatales:** la recta muestra hasta el 2015 un aumento de los casos, hasta los 31 casos; valor máximo que toma la recta. No obstante, esta empieza a tener una pendiente negativa, donde en el 2020 alcanza un valor mínimo de siete puntos. Años más tarde existe una recuperación positiva, pero no es significativa (3 casos más).
- **Casos postnatales:** a pesar de ser el grupo con más prevalencia a lo largo de los años, sus valores muestran gran variabilidad. En el año 2015 se

alcanza un valor máximo de 71,60 que, frente al primer año de recogida de datos, representa un aumento de más del triple. En años posteriores, a pesar de que se dan crecidas y bajadas intermitentes, la tendencia global de la recta es negativa. Asimismo, cabe destacar nuevamente el detrimento del número de casos atendidos que se dan en el 2020, alcanzando un mínimo relativo de 7 niños y niñas atendidos en esta franja temporal.

Figura 29

Evolución del número de niños atendidos por factores biológicos (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

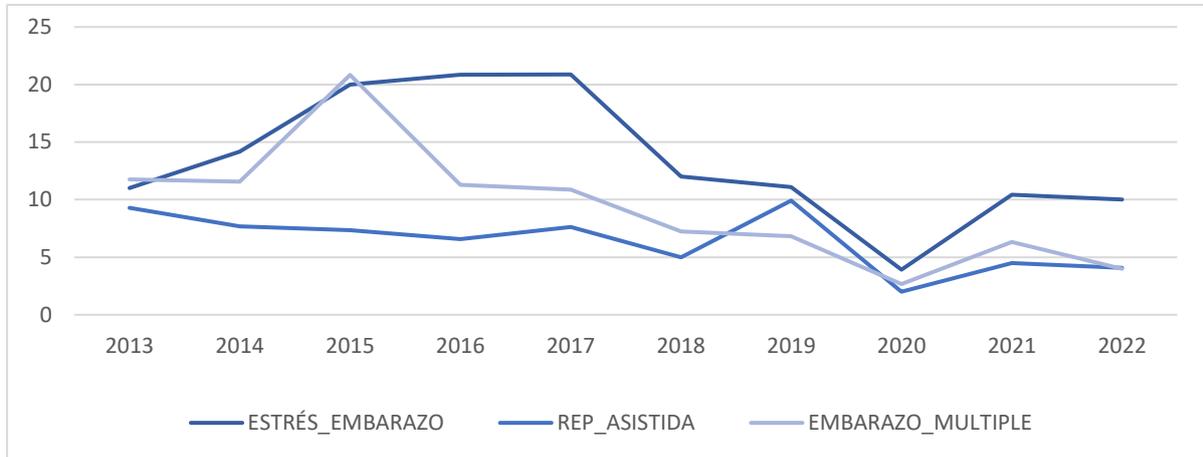
Factores familiares

(Figura 30)

- **Estrés durante el embarazo:** los valores de la recta representan el número de niños atendidos en las UAIT y que sufriesen estrés durante el embarazo. Estas cifras absolutas se encuentran en el intervalo 10-21 a lo largo de los años, a excepción del 2020, por lo que no se muestra una variabilidad relevante. No obstante, son destacables dos tramos de la recta dependientes de la pendiente; el primer tramo abarca los años 2013-2017, donde la tendencia de la recta es positiva, habiendo un aumento gradual en la incidencia de forma anual. El segundo tramo en cambio se da 2017-2022, donde la tendencia de la recta pasa a ser negativa, siendo por tanto el año 2017 el punto de inflexión entre ambos tramos. En cuanto al año 2020, se da una bajada de la incidencia valorada en 7,16 puntos, con una diferencia relativa sobre la bajada del punto de inflexión, únicamente 1,72, alcanzando el valor mínimo representado por la recta (3,92 casos).
- **Reproducción asistida:** los valores de la recta representan el número de niños atendidos en las UAIT nacidos a través de reproducción asistida y estos se encuentran entre los puntos 10 y 2, dándose el valor máximo en el año 2019 y mínimo en el 2020. Dado que el rango de valores que se dan en el intervalo de la recta es pequeño, podemos categorizar la recta como homogénea; con poca variabilidad y con una tendencia negativa progresiva.
- **Embarazo múltiple:** los valores de la recta se encuentran entre los puntos 21 y 3 representando el número de niños atendidos en UAIT que hayan nacido tras un embarazo múltiple, dándose el valor máximo en el año 2015 y el mínimo en el 2020. A pesar de que el rango de valores tiene una mayor amplitud que el anterior, únicamente se da por los dos puntos de inflexión que coinciden con los valores máximo y mínimo; el resto de punto de la recta se encuentran entorno al valor promedio 9.

Figura 30

Evolución del número de niños atendidos por factores familiares (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

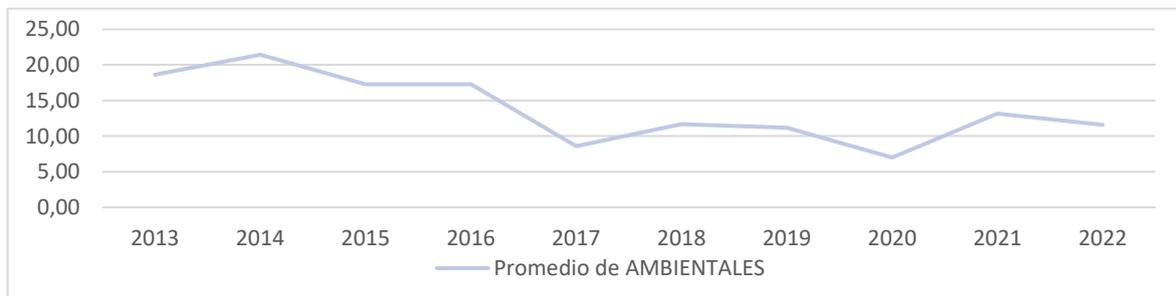
Factores ambientales

(Figura 31)

Los valores de la recta se encuentran en el intervalo de puntos 22-7, siendo el primero el valor máximo en el año 2014 y el segundo el mínimo en el 2020.

Figura 31

Evolución del número de niños atendidos por factores ambientales (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAITs

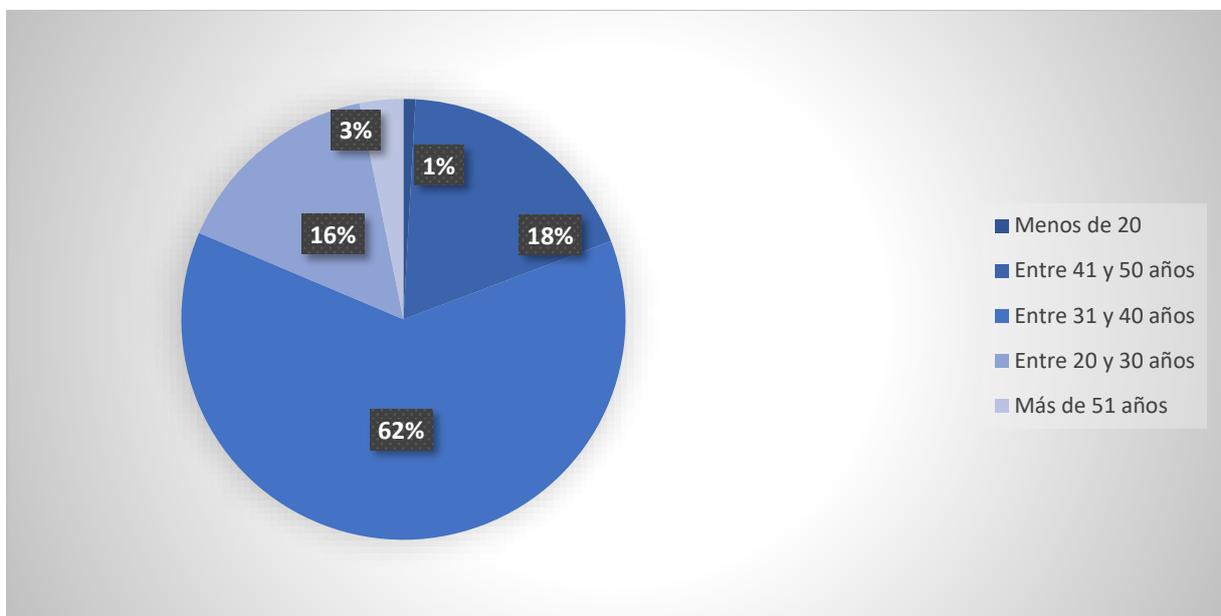
El comportamiento general de esta recta muestra una tendencia negativa más notable hasta el 2017, donde se da un detrimento relativo de 12,86 puntos. Años posteriores parece que la recta tiene un comportamiento más homogéneo, donde sus valores son medios con respecto al intervalo de valores que se dan en la recta.

Edades de los progenitores de los niños atendidos en las UAIT (2013-2022)

La distribución de edades de los progenitores en el intervalo 2013-2022 se sitúa en que la mayoría (62%) tiene entre 31-40 años, seguido 41-50 años (18%), 20-30 años (16%) y finalmente padres con edades mayores de 51 y menores de 20, representando un 3 y 1% respectivamente (Figura 32).

Figura 32

Distribución promedio de la edad de los progenitores (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Número de sesiones facilitadas en las UAIT según tipología en el periodo 2018-2022.

Unidades de Atención Infantil Temprana específicas

En cuanto a las UAITs específicas en los últimos años parece que han disminuido el número de sesiones facilitadas, de forma paulatina, independientemente de la disciplina a excepción de Psicología.

A pesar de que las cifras entre los diferentes ámbitos son variables, en términos absolutos los puntos de descenso son parecidos (Tabla 28).

De hecho, fijándonos en la gráfica (Figura 33), las tendencias de las rectas guardan similitud entre ellas, siendo en el año 2020 cuando todos los ámbitos interventivos muestran un descenso importante a excepción del área de Comunicación que muestra un incremento absoluto de 231 sesiones en comparación con el año anterior.

Tabla 28

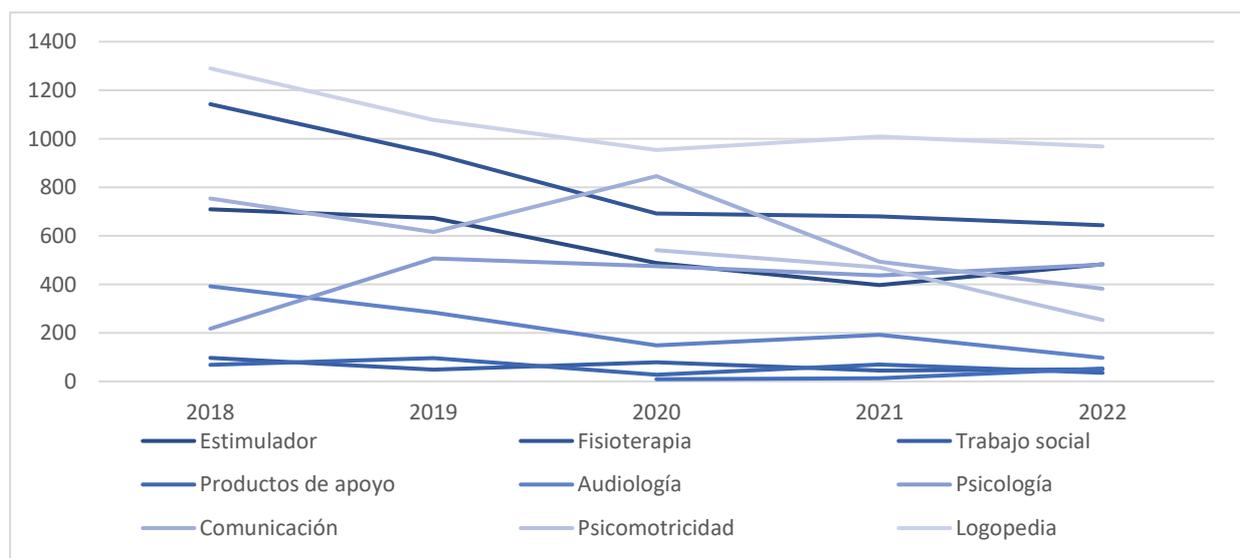
Número de sesiones facilitadas en las UAIT específicas según tipo de servicio (2018-2022)

Año	Tipología de servicio								
	Estimulador	Fisioterapia	Trabajo social	Productos de apoyo	Audiología	Psicología	Comunicación	Psicomotricidad	Logopedia
2018	709	1143	97	68	392	217	754	779	1290
2019	674	938	49	96	284	507	615	-	1078
2020	488	693	79	28	148	475	846	541	954
2021	397	680	45	69	192	436	493	469	1009
2022	483	644	50	36	97	482	382	253	968

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Figura 33

Evolución de los servicios facilitados en las UAIT específicas (2018-2022)



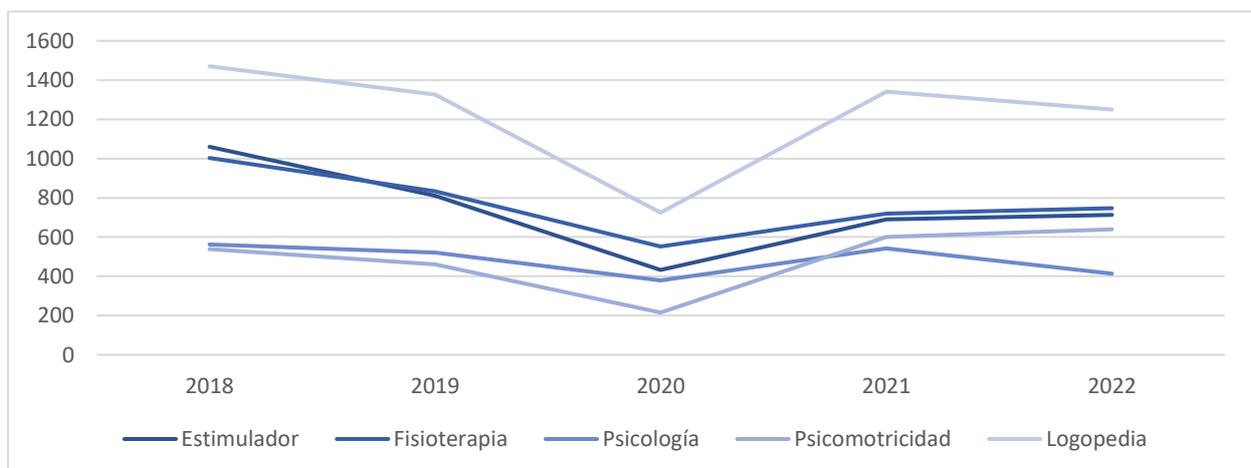
Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Unidades de Atención Infantil Temprana generalistas

En el caso de las UAITS Generalistas, las tendencias siguen la tónica de la figura anterior. Existiendo un descenso paulatino del número de sesiones ofrecidas y una bajada muy marcada en 2020. Posterior a esto, las cifras vuelven a incrementarse, aunque siguen siendo inferiores a los años iniciales a excepción de Logopedia, donde hay un aumento absoluto con respecto al 2018 en el 2022 de 101 sesiones (Tabla 29, Figura 34).

Figura 34

Evolución de los servicios facilitados en las UAIT generalistas (2018-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Tabla 29

Número de sesiones facilitadas en las UAIT generalistas según tipo de servicio (2018-2022)

Año	Tipología de servicio				
	Estimulador	Fisioterapia	Psicología	Psicomotricidad	Logopedia
2018	1060	1003	30	562	538
2019	811	833	21	521	461
2020	433	552	9	379	215
2021	691	719	40	541	600
2022	714	747	0	414	639

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Promedio de horas trabajadas según figura profesional

Las horas semanales que componen la jornada laboral del trabajador varían con dependencia de la figura profesional (Tabla 30, Figura 35)

El promedio de horas dedicadas a la coordinación de la unidad oscila entre las 38,5 horas semanales en la mayoría de las áreas 1, 2, 3, 6 y 7. En las áreas 5 y 8, el registro de estas horas es algo menor; 31 y 35 horas respectivamente. Por último, en lo que respecta al área 4, únicamente hay una dedicación de 20h.

Esto se explica a través de la falta de consenso a la hora de justificar los datos en las memorias, dado que la figura de coordinación la lleva a cabo un técnico de la unidad. Es decir, en el caso del área 4, el psicólogo tendría una jornada completa donde dedica parte del tiempo a la coordinación de la unidad y otra parte al ámbito interventivo.

El promedio de horas dedicadas a psicología en el caso de las áreas 1 y 2, no se aportan datos dado que se comparten con las horas de coordinación, siendo

38,5 horas. Asimismo, en el área 3, hay un mayor número de horas que el resto.

En lo referido a trabajo social, se trata de una disciplina que no se encuentra en todas las áreas, habiendo constancia únicamente en las áreas 1, 2, 4, 5 y 6. El pico máximo de horas es en el área 4, seguida por el área 1 y 6 con 20, 19,71 y 19 horas respectivamente. Asimismo, cabe destacar que esta figura no ha sido permanente a lo largo de todos los años registrados.

La figura de fisioterapeuta se muestra presente en todas las áreas sociosanitarias, oscilando entre los valores de 38,5 horas el máximo en el área 3 y 34,31 horas el mínimo en el área 4.

En cuanto a logopedia, nuevamente se muestra presente en todas las áreas sociosanitarias. El valor máximo se da en el área 3 con una dedicación de 81,9 horas y un mínimo de 36,55 horas en el área 2. El resto de los datos oscilan entre ambas cifras.

La figura del psicomotricista muestra una mayor variabilidad, aunque está presente en todas las áreas sociosanitarias. El valor máximo de horas dedicadas es de 49,17

en el área 5, seguido de 38,5 horas del área 3. Los valores mínimos se dan en el área 1 y 2 con cifras de 19,63 y 20 horas respectivamente.

Por último, la figura de estimulador se asemeja a la de trabajador social en cuanto presencia, dado que no se encuentra reflejada en la totalidad de las

áreas sociosanitarias. Únicamente hay datos de las áreas 3, 4, 5 y 8. El valor máximo registrado es de 35,5 horas en el área 5 y el mínimo es de 30 horas en el área 8. El resto de las cifras se encuentran entre ambos valores.

Tabla 30

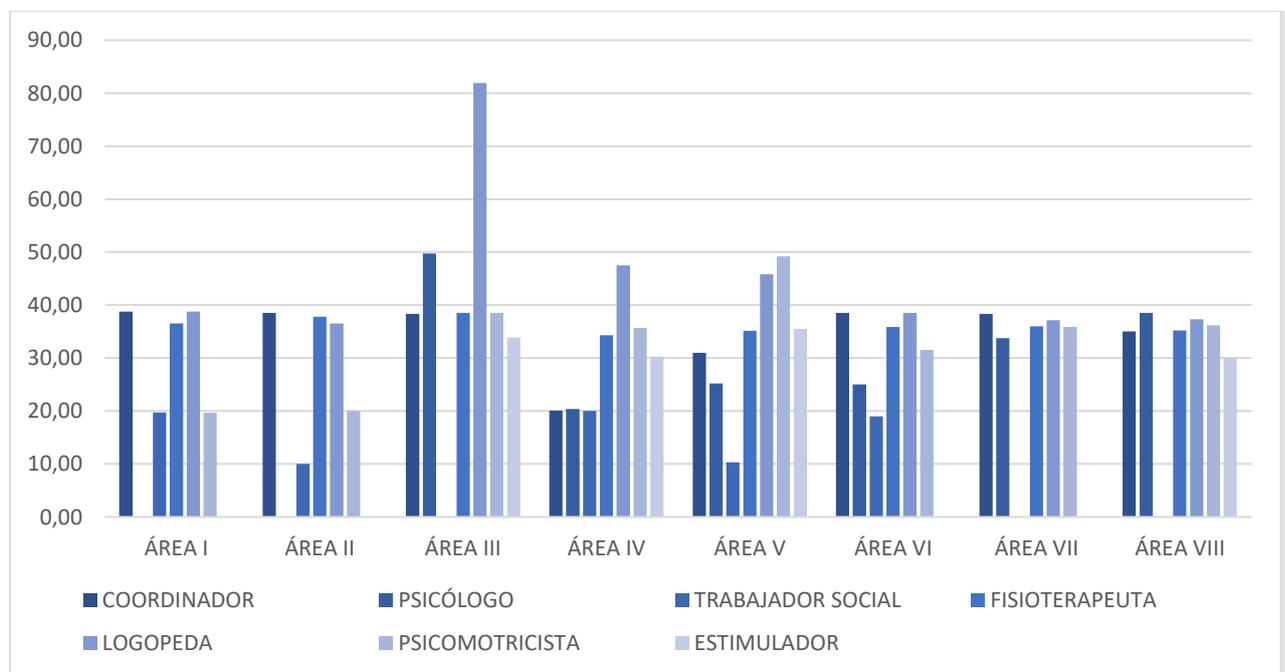
Promedio de horas dedicadas a cada tipo de servicio según área sociosanitaria (2013-2022)

	Coordinador	Psicólogo	T. Social	Fisioterapeuta	Logopeda	Psicomotricista	Estimulador
Área I	38,75	-	19,71	36,55	38,75	19,63	-
Área II	38,50	-	10,00	37,80	36,55	20,00	-
Área III	38,31	49,70	-	38,50	81,90	38,50	33,86
Área IV	20,06	20,40	20,00	34,31	47,50	35,68	30,29
Área V	31,00	25,21	10,31	35,12	45,81	49,17	35,50
Área VI	38,50	25,00	19,00	35,88	38,50	31,50	-
Área VII	38,33	33,75	-	36,00	37,11	35,88	-
Área VIII	35,00	38,50	-	35,21	37,29	36,17	30,00

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 35

Promedio de horas semanales dedicadas a cada tipo de servicio según área sociosanitaria (2013-2022)



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Número de reuniones de coordinación con otros agentes

Las UAIT llevan a cabo una serie de reuniones con otros agentes a fin de asegurar una coordinación efectiva y el buen funcionamiento del centro. A continuación, se presentan las medias de reuniones anuales realizadas por las UAITs, con estos agentes externos (Tabla 31, Figura 36).

Con los servicios sanitarios la media de reuniones representa un 32% del total (M= 54,89). Con los servicios educativos, estas reuniones representan un 26% (M= 44, 21). Estos dos agentes son con los que existe una mayor coordinación y contacto, representando más del 50% de las reuniones anuales.

Con otras UAIT la representación sobre el total es del 11% (M=18,45). En la misma línea, el contacto con los Servicios Sociales y el Consejo Social representa un 6% y 7% sobre el total (M=10,42) y (M=11,52) respectivamente.

Con los equipos de dependencia y de discapacidad, el número de contactos desciende representando un 5% y 1% de las reuniones anuales (M=8,43) y (M=1,86) respectivamente.

Por último, el contacto con Asociaciones representa el 4% (M=6,9) y con otros agentes no especificados es del 8% (M=14,67).

Tabla 31

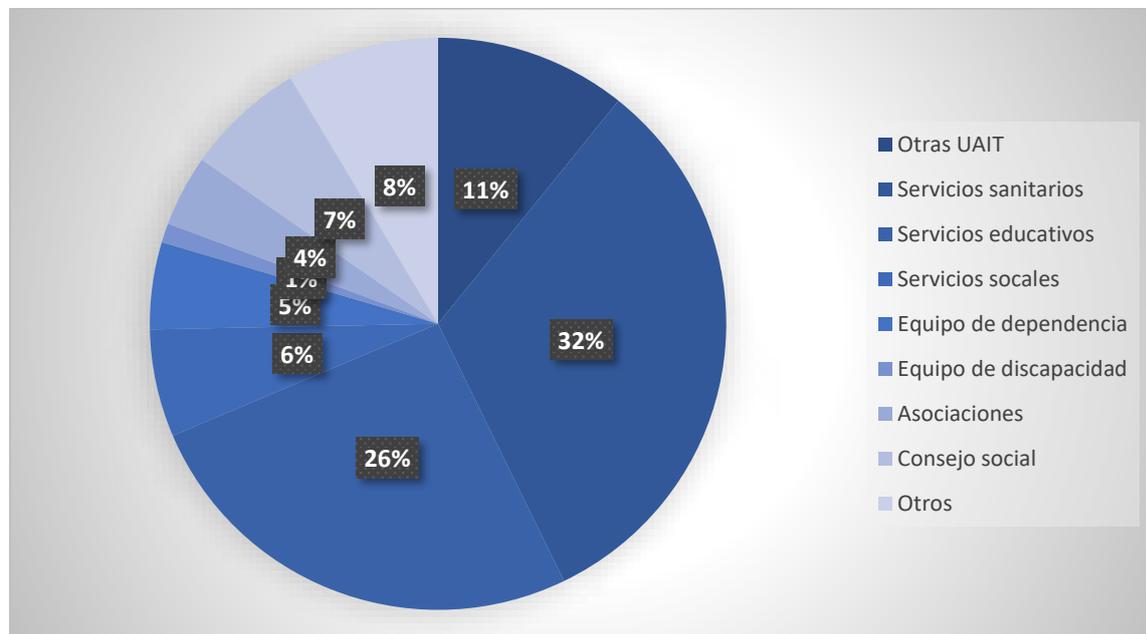
Número de reuniones de coordinación con agentes externos

Media de sesiones anuales (2013-2022)	Otras UAIT	Servicios sanitarios	Servicios educativos	Servicios sociales	Equipo de dependencia	Equipo de discapacidad	Asociaciones	Consejo social	Otros
	18,45	54,89	44,21	10,42	8,43	1,86	6,90	11,52	14,67

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Figura 36

Promedio total de horas dedicadas a coordinación según el tipo de agente externo.



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT

Valoración general de los servicios e instalaciones de las UAIT.

Valoración general de las familias

Por norma general, las valoraciones medias aportadas por las familias con respecto a su grado de satisfacción con los servicios y el funcionamiento de las UAITs a lo largo de los años (2013-2022) son altas, oscilando entre 9,72 la puntuación media más alta; referida a términos de conciliación familiar ("Se ha intentado adecuar el horario a las necesidades de la familia") y 8,86 y 8,63 las más bajas, referidas a "cantidad de los tratamientos y servicios" e "instalaciones" de la unidad respectivamente (Tabla 32).

Tabla 32

Promedio total de valoraciones generales realizadas por las familias sobre 10 puntos.

Ítems a valorar	Puntuaciones
Funcionamiento global del centro	9,43
Se ha intentado adaptar el horario a las necesidades de la familia	9,72
Atención adecuada y suficiente	9,58
Calidad de los tratamientos y servicios	9,34
Cantidad de los tratamientos y servicios	8,86
Instalaciones	8,63
Información recibida en las visitas	9,40
Confianza en el trabajo de los profesionales	9,44
Trato recibido por el personal	9,30
Primera información recibida	9,41

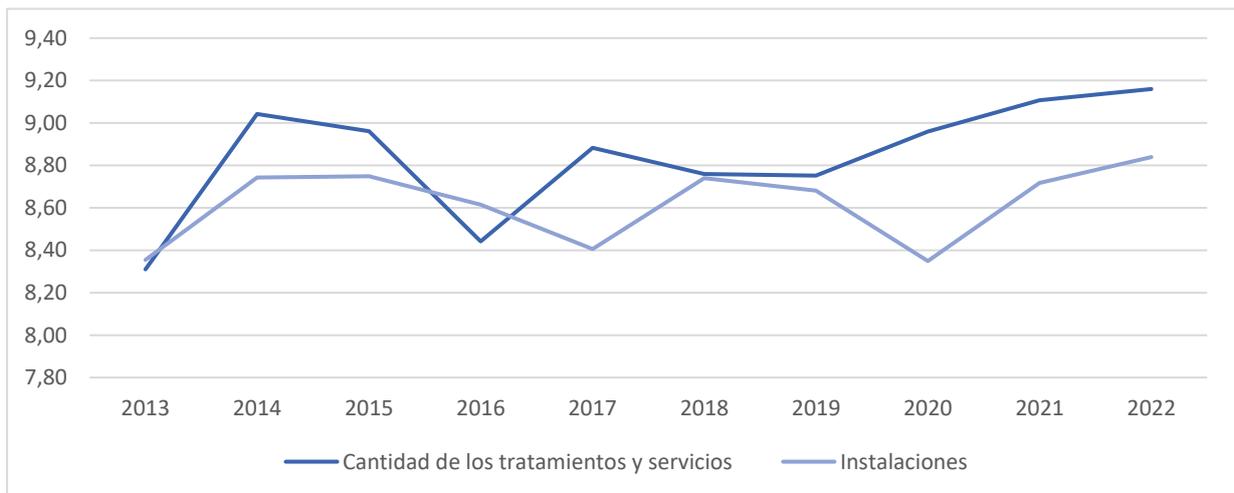
Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.. Puntuaciones medias obtenidas sobre 10 puntos.

En lo que respecta a los dos aspectos con una valoración con menor puntuación; “cantidad de los tratamientos y servicios” e “instalaciones”, a continuación, se muestra la tendencia a lo largo de los años (Figura 37): se observa que, en cuanto a la cantidad de tratamientos y servicios ofrecidos, en el año 2016, se

valora con puntuaciones más bajas, aunque en años posteriores estas cifras vuelven aumentar., siendo en el año 2022 donde se obtuvieron puntuaciones máximas. En lo referido a las instalaciones, es el único ítem que a lo largo de los años no alcanza la puntuación de 9,00.

Figura 37

Evolución del grado de satisfacción de las familias en cuanto a la cantidad de tratamientos y servicios y las instalaciones de la UAIT.



Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAIT.

Valoración general de los trabajadores de las UAIT.

Las valoraciones generales son más bajas en comparación con las aportadas por las familias.

Estas oscilan entre un valor máximo de 9,02 referido a la "coordinación entre los profesionales de la propia unidad" y un valor mínimo de 6.98 referido al "número de actividades con las familias es el adecuado" (Tabla 33).

Este último aspecto se relaciona con las puntuaciones mínimas aportadas por los familiares

Tabla 33

Promedio total de valoraciones generales realizadas por los trabajadores de las UAIT.

Ítems a valorar	Puntuaciones
Espacio de las salas suficiente	7,37
Temperatura de las salas	7,34
Ventilación de las salas	7,17
Material de trabajo	7,46
Material suficiente	7,55
Materiales en buenas condiciones	7,13
Materiales con condiciones higiénico-sanitarias	8,87
Facilidad para dar información oral a las familias	8,09
Facilidad para dar información escrita a las familias	7,77
Atención recibida por el usuario en el centro	7,33
Nº de sesiones semanales suficiente	8,64
Nº de actividades con las familias adecuado	6,98
Facilidad para acceso a acciones formativas	7,75
Coordinación entre profesionales de la unidad	9,02
Coordinación con recursos externos de la unidad	8,62

Nota. Fuente de elaboración propia a partir de los datos extraídos de las memorias de las UAITs. Puntuaciones medias obtenidas sobre 10 puntos.

ESTUDIO CUALITATIVO

- Análisis eje 1: Características de la población
- Análisis eje 2: capacidad de atención del sistema
- Análisis eje 3: capacidad de coordinación
- Análisis eje 4: Propuestas de mejora

El estudio cualitativo llevado a cabo se organiza en base a cuatro ejes temáticos contemplados como puntos clave a analizar dentro del sistema de AT del Principado de Asturias, el eje 1 correspondiente a las características de la población objeto de estudio, que incluye la categoría 1 (CA1): características específicas del contexto asturiano, así como la categoría 2 (CA2), donde se analizarán las diferencias entre el ámbito rural y urbano.

Posteriormente se lleva a cabo el análisis del eje temático 2, correspondiente a al funcionamiento del sistema. Dentro del eje 2, se ubican tres categorías, la CA1, donde se profundizará en los mecanismos de entrada y salida de Atención Temprana. La CA2, donde se lleva a cabo un análisis de los puntos fuertes y débiles de la atención en AIT en Asturias y finalmente la CA3, que analiza los perfiles profesionales que forman parte del sistema.

En el eje 3, se profundiza en la capacidad de coordinación del sistema, estructurándose en dos categorías, por un lado, la CA1 donde se analizan los puntos fuertes y débiles de la coordinación interprofesional. Por otro lado, la CA2 donde se hará un análisis de

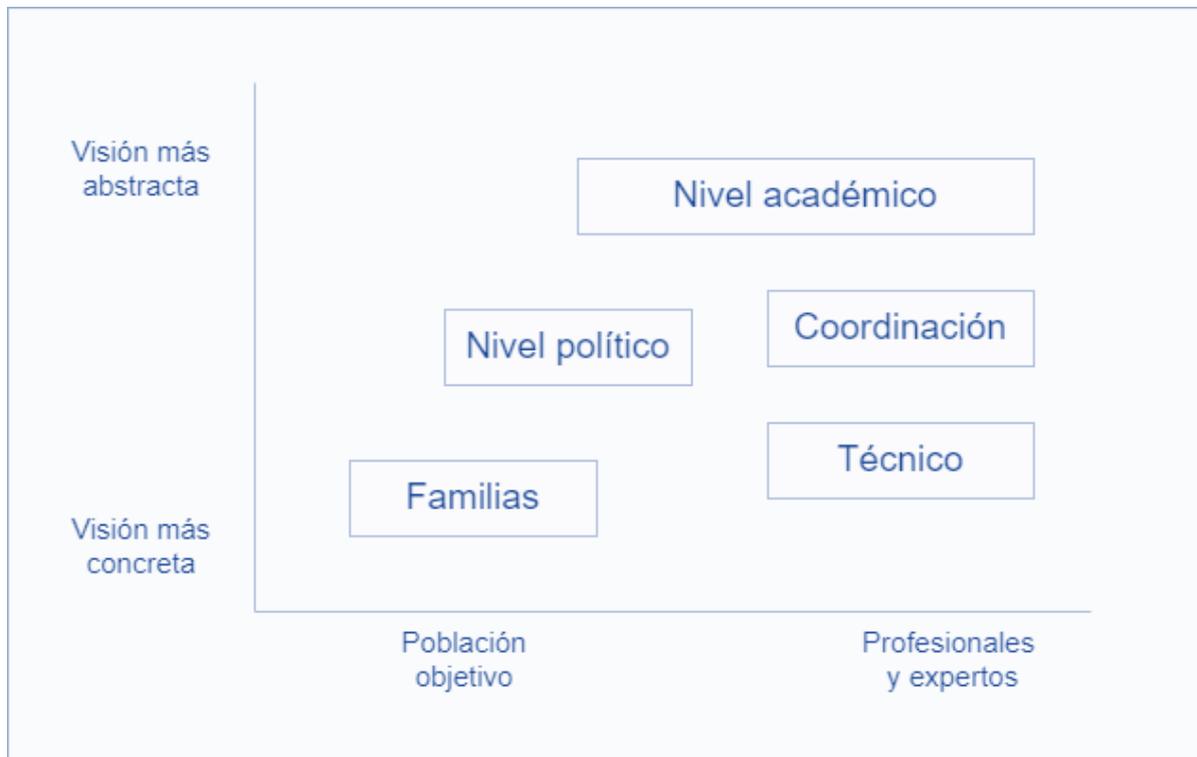
los puntos fuertes y débiles de la coordinación intersectorial.

Finalmente, el eje 4 se corresponde con las propuestas de mejora. Se analizan dos categorías. En la CA1 de este eje se exploran los aspectos a potenciar y mejorar en el funcionamiento del sistema y la CA2, donde se llevará a cabo un análisis de las propuestas de mejora relativas a los aspectos pendientes de potenciar y mejorar a nivel de coordinación intersectorial e interprofesional. Además, el análisis se estructura en base a los niveles expuestos en el capítulo de metodología del informe: nivel técnico, nivel de familias, nivel académico y nivel técnico, dentro del mismo se encuentran también que aun siendo técnicos, existen figuras de coordinación.

Se retoma la figura 10, que ahora toma el número de figura 38, adjuntada previamente en el capítulo del método de este documento con el fin de clarificar y entender la lógica de los niveles de discurso de las entrevistas.

Figura 38

Distribución de los niveles de discurso para la elaboración del muestreo de las entrevistas.



Nota. Fuente de elaboración propia.

Análisis eje 1: Características de la población

CAI: Características específicas del contexto asturiano

El perfil más común y predominante en el Principado de Asturias, citado por la totalidad de los agentes entrevistados y enmarcado en el proceso asistencial de AIT actualmente, son aquellos niños y niñas que muestran retrasos en el área del lenguaje y la comunicación, pudiendo estar asociado o no a otras patologías concomitantes. Haciendo una comparativa con las últimas dos encuestas de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (Instituto Nacional de Estadística, 2020), ha habido un crecimiento de la prevalencia del perfil "Deficiencias en el lenguaje, habla y voz" en 20 puntos.

Asimismo, otros perfiles también fueron referidos como prevalentes, cabiendo la posibilidad de guardar relación con el más predominante. Desde el nivel académico se habla de la prematuridad, como perfil a destacar. Los datos muestran que en Asturias existe un índice de prematuridad es del 7%; 0,38% por debajo de la media nacional. Junto a ello,

añaden que, a pesar de esto, no existe una evidencia de que la tasa de niños pretérmino sea alta en relación con el resto de territorios españoles (Dirección General de Salud Pública, 2017). Frente a esto, el perfil técnico se acoge a una idea más general donde, la mayor demanda proviene de aquellos perfiles diagnósticos que puedan relacionarse con logopedia, destacando sobre todo el TEA. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud apuntan a más de 95 mil casos en el Principado de Asturias con este perfil diagnóstico (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017a).

La prestación de servicios de Atención Temprana en el Principado de Asturias, frente a otras CCAA, plantea una serie de características que están intrínsecamente relacionadas con la dotación de servicios y la población que puede ser beneficiaria de dicha prestación. En primer lugar, uno de los aspectos mayoritariamente comentados por los niveles político y técnico, tiene que ver con la organización del sistema según el modelo de ordenación y la dispersión territorial. Y es que, en cada área de sociosanitaria existe al menos una UAIT. Esto, según agentes del ámbito académico, ha generado un

aumento en la cantidad de niños atendidos, y por ende de la celeridad en la atención. A su vez, este hecho está íntimamente vinculado con las listas de espera, aspecto comentado recogido en el nivel de discurso técnico. Un punto en común sobre a tenor de esta cuestión se observa en el nivel político y académico, aludiendo a los servicios ubicados en las ciudades con más densidad poblacional, los que se encuentran mayormente saturados. Esto encuentra concordancia con los análisis cuantitativos previamente referidos en este documento. Un ejemplo que citan diferentes agentes es la Comunidad de Madrid, donde la zona centro abarca más población, por la que la saturación del sistema y listas de espera son mayores en comparación al Principado de Asturias. No obstante, para dar rotundidad a este tipo de aseveraciones convendría un análisis comparativo de los sistemas dispuestos en ambos territorios, ya que su filosofía, funcionamiento, dotación... difiere sustancialmente.

Asimismo, otra cuestión que todos los niveles de discurso señalan como definitoria del modelo de AIT en Asturias, es la relativa a las franjas de atención. En

Asturias la atención de las UAIT prioritariamente se corresponde con el periodo de edad entre los 0 y 3 años, mientras que en otros territorios alcanza los 6 años. Si bien es cierto que, según el Catálogo de Prestaciones de Servicios Sociales, idealmente los usuarios potencialmente beneficiarios del servicio son menores con edades comprendidas entre los 0 y 6 años, no obstante, existe una brecha diferenciadora donde el niño es competencia de la UAIT hasta los 3 años, con posibilidad, en determinadas ocasiones de prórroga. A partir de ese periodo, tras la escolarización, la asistencia que se les proporciona tiene que ver con los apoyos en su centro educativo. Ante esto, cabe puntualizar dos ideas que se han referenciado en las entrevistas desde el nivel técnico: por un lado, existen casos que pasan desapercibidos debido a la levedad de la afectación y que no es hasta la edad de escolarización que son detectados, no pudiendo verse beneficiados de los servicios de atención temprana; únicamente optando a los apoyos en su centro escolar. Esto ocurre en perfiles que cursan con retraso del lenguaje o que se encuentran en el espectro de forma leve.

Por otro, no existe un protocolo cerrado de derivación en edades tempranas, por lo que eso queda al juicio del pediatra de atención primaria, existiendo casos que finalmente no son derivados en los tiempos de Atención Temprana.

“Los retrasos del lenguaje es uno de los perfiles diagnósticos más prevalentes. En la mayoría de los casos los niños no llegan a tener AT en las unidades para trabajar el lenguaje debido a la edad de diagnóstico y escolarización” (nivel técnico).

“Pese a ser el TEA el diagnóstico más frecuente, es muy común un infradiagnóstico en los casos de autismo leve” (nivel de discurso técnico).

Un punto considerado como positivo, tanto a nivel político como técnico, es la especificidad de los profesionales. En parte se asocia con la posibilidad existente de derivación a las unidades específicas en el modelo implantado en el territorio.

CA2: Diferencias entre el ámbito rural y urbano

De acuerdo con la visión compartida de los perfiles familiar, técnico, académico y político, la principal diferencia entre el

ámbito rural y urbano radica en la necesidad de desplazamiento.

Por un lado, los núcleos urbanos tienen una mayor facilidad para el acceso a la atención temprana. No obstante, según el nivel político, el mayor impedimento en ese caso se relaciona nuevamente, con las listas de espera y la saturación del sistema dado el alto índice poblacional. Por otro lado, en el caso de los contextos rurales, ocurre directamente lo contrario, se evidencia una dificultad en cuanto al acceso a la atención, relacionada directamente con la necesidad de desplazamiento. Y es que, a pesar de haber unidades en todas las áreas sociosanitarias, estas tienden a ubicarse en las cabeceras de comarca, habiendo familias de municipios colindantes que precisan de vehículo propio o uso de transporte público. Esta distancia se ve aún más aumentada en los casos que residen en zonas de las alas asturianas y que precisan acudir a una Unidad Específica de Atención Temprana, ubicadas en su totalidad, en la zona central.

El testimonio de las familias coincide en que, no solo se precisa de una serie de recursos para que el niño acuda a realizar

sus sesiones, sino que la conciliación familiar también se ve afectada. Las rutinas que están previamente instauradas han de ser modificadas de acuerdo con esta situación, con el consiguiente trastorno. Esta idea es respaldada por el nivel de discurso técnico, que reconoce, pese a ello, la voluntad de las familias y sus recursos para dar continuidad al tratamiento. Refieren que, en la mayoría de los casos, casi el cien por cien de las familias acuden a la valoración inicial del niño y las primeras sesiones, pero que con el tiempo hay casos de abandono y cese de tratamiento por conciliación y logística familiar.

El perfil político arroja conciencia sobre las diferencias entre el ámbito rural y urbano, y asumen la prioridad de asegurar que todas las partes del territorio asturiano tengan las mismas facilidades de acceso a la atención temprana. En esa misma línea, agentes técnicos citan la posibilidad del uso de pautas a la familia para trabajar en el domicilio sin necesidad de acudir presencialmente al centro con el objetivo de lograr la equidad entre ambos grupos.

CLAVES:

El perfil diagnóstico más prevalente en el Principado de Asturias es el retraso del lenguaje y la comunicación; específicamente el Trastorno por Espectro Autista

Las diferencias entre Asturias y otras CCAA se relacionan específicamente con el modelo de ordenación y dispersión territorial.

Mayor celeridad en la atención y más cantidad de niños atendidos al disponer una UAIT en cada área sociosanitaria

Los servicios de AIT ubicados en ciudades con más densidad poblacional se encuentran más saturados como es el caso de Madrid

La franja de atención en AIT difiere entre las CCAA, ya que en Asturias la AIT se ofrece de los 0 a los 3 años mientras que en otras CCAA como País Vasco puede llegar a abarcar hasta los 6 años

Una diferencia fundamental en el acceso al servicio entre el entorno rural y urbano es la necesidad de desplazamiento

Los núcleos urbanos tienen mayor facilidad para el acceso a la atención temprana, no obstante, deben esperar listas de espera y enfrentarse a una mayor saturación del sistema

En relación con el acceso es fundamental lograr la conciliación familiar

Un objetivo fundamental en materia de AIT es maximizar la equidad en el acceso a los recursos de todas las partes del territorio asturiano.

Análisis eje 2: capacidad de atención del sistema

CAI: Mecanismos de entrada y salida

Actualmente, la AIT en el Principado de Asturias es un servicio que se proporciona a los niños en edades comprendidas entre 0 y 3 años desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

La mayor parte de los agentes en todos los niveles de discurso, bajo su experiencia en el contexto de AIT, refieren que previamente este servicio era proporcionado de 0 a 6 años; concordante con el Decreto 108/2005 (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005), que encuadra la prestación de AIT en ese grupo etario. Entendiendo que, desde las UAIT, se lleva a cabo una intervención intensa y especializada a las áreas de desarrollo en la franja de edad de 0 a 3 años, una necesidad percibida por todos los niveles sería fortalecer la coordinación existente en la transición de la Atención Temprana que se presta de los 0 a 3, a la Atención Temprana que se proporciona de los 3 a los 6; de forma que la transición en el sistema no suponga una ruptura en la intervención con el menor. Cabría suponer que la reducción de esta

franja de edad se ha producido por una necesidad del sistema de poder atender al mayor número de casos posibles generando la menor lista de espera, y proporcionando un tratamiento que se ajuste en su totalidad a las necesidades de cada niño/a y su familia.

La visión compartida de todos los niveles de los protocolos, tanto de acogida como de transición al entorno escolar es muy positiva, no obstante, desde el nivel académico, refieren que, debido a la complejidad en el tratamiento de AIT; llevada a cabo por dos consejerías distintas según la franja de edad en la que se encuentre el menor, es prioritario establecer cauces sólidos de coordinación que conecten el sistema independientemente del ámbito desde el que se lleve a cabo la intervención directa con el menor. Además de dar importancia a la coordinación, ponen en valor el apoyo a las familias en todo el proceso con el fin de que lo comprendan y puedan acompañar a los infantes durante el proceso de AIT y la transición al entorno escolar.

Los agentes de nivel técnico, en este caso, detallan la entrada al servicio público de AIT haciendo diferenciación en dos fases:

por un lado, la detección de dificultades en el desarrollo que puede ser desde el ámbito de servicios sociales, ámbito educativo (escuelas infantiles) o a través de las familias. Por otro lado, la derivación, que se lleva a cabo prácticamente en la totalidad de los casos a través del Servicio de Pediatría de Atención Primaria. Los profesionales ponen en valor la labor del profesional de pediatría a este respecto, ya que lo consideran un filtro importante para discriminar las señales de alerta y poder hacer un diagnóstico sólido de las dificultades del menor. Cabe reflejar una excepción a este respecto, que es la casuística concreta del Instituto de Atención Temprana y Seguimiento (IATYS), (Centro integrado en el PADAI), en la Fundación Vinjoy. En este caso, la derivación se efectúa a través del Servicio de Otorrinolaringología de Atención Primaria, que deriva los casos susceptibles de intervención en esta área a la Unidad de Hipoacusia.

Desde el nivel académico puntualiza la importancia de incluir otro cauce de derivación directa al Servicio de AT, que sería a través del Servicio de Neonatología del SESPA, ya que, al hacer seguimiento de los niños desde la etapa

prenatal hasta el cumplimiento del mes de vida, y habiendo detectado un alto índice de prematuridad por esta Unidad, reconocen a este respecto una forma de atender precozmente las necesidades de esos niños desde AIT.

En el caso de agentes técnicos ubicados en centros privados que proporcionan respuesta de AIT, el proceso de derivación difiere, ya que los profesionales de pediatría no es preciso que conozcan la existencia de estos centros. Por ello, el comienzo del tratamiento de AIT en estos recursos depende, en su mayoría, de la decisión de las familias, motivada fundamentalmente por las listas de espera que se encuentran en la AIT pública, así como el interés por aumentar la intensidad del tratamiento que reciben a través de los recursos públicos. En este sentido, estos centros estarían dando respuesta a la sobrecarga asistencial del sistema y, por consiguiente, a una necesidad de primer nivel de las familias. Sin embargo, su condición de recursos privados supone que, en la mayoría de los casos, el coste cargue directamente sobre la economía familiar. Ello evidencia una limitación en la respuesta de derecho público para

menores en esta situación, y, asimismo, supone el riesgo de que la calidad de la atención infantil temprana se vea afectada por un gradiente en base a la condición socioeconómica familiar.

Siguiendo el análisis del proceso de AIT en las UAIT, el nivel de familias aprecia que todo el proceso de entrada es gestionado por los técnicos; sin que ellas tengan que mediar en ningún trámite. En el momento que las familias acceden a una UAIT, se pone en marcha el protocolo de acogida en la Unidad; llevado a cabo por el profesional que ostenta la figura de coordinación en la UAIT. El discurso desde el nivel técnico pone en valor la eficacia del protocolo de acogida, por lo que refieren que los/las niños/as a los que se retrasa su entrada al sistema puede ser debido a un diagnóstico tardío.

En relación con el tratamiento en la UAIT, los niveles de discurso técnicos y familiar exponen que la intervención se lleva a cabo directamente con el menor. La atención a la familia se ofrece en diversos aspectos; por un lado, atención específica en los casos que precisen acompañamiento al duelo o apoyo específico de cualquier índole, y, por otro lado, se les ofrece la posibilidad de que

estén presentes durante las sesiones con el fin de obtener pautas y poder generalizar aprendizajes al entorno natural. Esta no es una dinámica generalizada, ni supone una inmersión del modelo de atención en uno próximo los modelos de intervención centrados en la familia. Sin embargo, las familias refieren sentirse apoyadas y acompañadas durante el proceso de intervención de su hijo/a en AIT. Muestra de ello son los altos índices expresados en las encuestas de valoración recogidas en las memorias anuales de las UAIT, y que previamente se analizaron en este informe.

Una vez que el niño se encuentra en edad de escolarización (entre los 2 y los 3 años), podrían darse dos casuísticas con mayor frecuencia: recibir el alta en la UAIT debido a una mejoría en su desarrollo o bien, la escolarización. La transición al entorno escolar comienza en el mes de marzo del año correspondiente. En este momento las UAIT emiten un informe de cada niño pendiente de ser escolarizado al Servicio de Orientación Educativa de Sector. En este informe se incluyen las terapias que ha tenido, y previsiblemente los apoyos educativos que vaya a precisar. Posteriormente, se concreta una

reunión entre las UAIT y los equipos de orientación, con el fin de realizar el trasvase completo de información de cada niño/a que se va a escolarizar en septiembre. En el caso de que estos/as niños/as precisen apoyo extenso, los equipos de Orientación Educativa solicitan valoración al Equipo Regional para la Atención al Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo, que colaborarán con la evaluación y la consiguiente toma de decisiones respecto a los apoyos que se vayan a proporcionar.

Otra casuística que podría darse, aunque menos frecuente, es solicitar una prórroga, por parte de la familia, en el servicio de AIT en la UAIT; en el caso de que el niño aún precise tratamiento de áreas específicas. Si esta prórroga es aceptada, continúan el tratamiento en la Unidad que puede alargarse desde diciembre de ese mismo año (generalmente para dar apoyo a la familia) o prolongarse más tiempo.

“Si la situación médica requiere que acuda a una Unidad de Atención Temprana en vez de a un centro educativo, se va a poder prorrogar el tiempo que sea necesario; ahí estaríamos hablando de afectaciones muy severas” (nivel técnico)

A nivel normativo, la prestación del servicio de AIT puede proporcionarse exclusivamente desde un recurso, véase: UAIT o bien, entorno escolar. El único caso en el que la prestación de ambos servicios coexiste es el caso de niños con déficit auditivo que acudan a la UAIT de la Fundación Vinjoy. Estos podrían, en caso de precisarlo, recibir tratamiento de logopedia desde la UAIT y apoyos en el entorno escolar, como puede ser un mediador comunicativo.

En este sentido, el nivel político, así como el nivel técnico, refieren que los centros privados cobran una relevancia prioritaria en el momento de transición al entorno escolar, ya que mantienen la intervención de áreas específicas de desarrollo del niño paralelo a los apoyos que comienzan a recibir en el entorno escolar. Este aspecto es fundamental debido a que, en muchos casos, los menores precisan intervención específica del desarrollo en las áreas en las que

tienen dificultades, independientemente de los apoyos que precisen a nivel escolar; ya que estos apoyos se relacionan con el desarrollo académico y el aprendizaje.

“Cada vez las listas de espera son más largas, entonces... mayoritariamente acuden así y luego, otras veces, también por la frecuencia, porque quieren tener alguna otra opinión o ampliar la intervención o la intensidad del tratamiento que se les pueda dar” (nivel técnico)

Esta situación es reflejada también por el nivel académico, que expone que los casos de los/las niños/as que acuden a centros privados dependen de la capacidad económica de las familias. En línea con lo expuesto anteriormente, la reflexión se orienta al hecho de que el desarrollo de los niños/as estaría supeditado a la capacidad económica de su entorno. De este marco emerge una falta al principio de equidad en el acceso a la AIT, así como continuidad del Servicio Público en la UAIT una vez que los niños acceden al entorno escolar para que se pueda dar continuidad al tratamiento de áreas específicas.

“La transición de 3 a 4 años cuando empiezan el periodo escolar debería mantenerse con subvención pública el tratamiento directo a nivel de funciones y de atención específica ya que muchos colegios no están preparados para dar una atención específica a los niños con grandes dificultades en entorno escolar debido al volumen de niños que tienen en las aulas.” (nivel académico)

CA2: Puntos fuertes y débiles de la atención en AIT en Asturias

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de AIT del conjunto del territorio del Principado de Asturias, los agentes remarcan la importancia que ha supuesto la ubicación de una UAIT generalista en cada área sociosanitaria. No obstante, el nivel de discurso técnico remarca la importancia de seguir progresando en la dispersión de los recursos por todo el territorio.

Señalan que, en el caso de las UAIT específicas, estas se mantienen en la zona central de Asturias, por lo que perfiles diagnósticos concretos como puede ser niños con necesidades específicas a nivel auditivo, visual, motóricos o trastorno del espectro autista, que tengan residencia en las alas de la comunidad aún deben

desplazarse a la zona centro para recibir terapias en estas UAIT.

Otro punto que cabría mejorar, reflejado por el nivel técnico y el nivel familiar, se halla en relación con la atención de niños con perfiles diagnósticos que requieren formación específica.

Consideran importante unificar la instrucción que se da a los profesionales, con el fin de que todos puedan tener acceso a formación en patologías cada vez más prevalentes como son las dificultades del lenguaje. Es decir, independientemente de que cada profesional se forme en aspectos relacionados con la intervención desde su ámbito de conocimiento, cabría plantear la idea de generar un sistema de formación base que pudiera ser requisito imprescindible para poder ejercer en el ámbito de la Atención Temprana.

La visión sobre la implicación de los profesionales en todos los niveles de discurso es positiva en lo que al tratamiento de los niños se refiere, ya que el objetivo principal de los técnicos es dar a los niños las sesiones de tratamiento que precisan y una atención específica a las necesidades de los menores y de sus familias; dejando libre la forma en la que

decidan implicarse, entrando en las sesiones, recibiendo información al finalizar la sesión o sesiones específicas que aborden la gestión de alguna dificultad concreta que pueda acontecer. Este aspecto es valorado por las familias que refieren sentirse acompañadas y guiadas durante todo el proceso y estancia en la UAIT.

Debido a la complejidad intrínseca del sistema de AIT en el Principado de Asturias, es prioritario para los niveles técnico, académico y político, encontrar cauces de comunicación y coordinación adecuados. En especial con el ámbito educativo, una vez que tiene lugar la transición a este sistema.

El nivel político estratégico, además, remarca como objetivo político prioritario, maximizar la cohesión entre el ámbito educativo, sanitario y social.

En relación con el sistema de AIT, el nivel de discurso técnico remarca la importancia para el desarrollo de los niños el acceso a apoyos en el entorno escolar; ya que es un entorno en el que crecen y evolucionan diariamente.

No obstante, una visión compartida a todos los niveles radica en la posibilidad de compaginar ambas intervenciones

simultáneamente: por un lado, la propia de la UAIT, y por otro, a nivel escolar. De esta forma, se podría dar una continuidad y seguimiento a la atención recibida en la UAIT de los 0 a los 3. Seguimiento que actualmente solo lleva a cabo el IATYS, debido a que la naturaleza de su unidad divide la atención en dos partes: la UAIT y la Unidad de Seguimiento. La segunda puede continuar hasta los 18 años.

En cualquier otro caso, la atención dirigida a áreas de desarrollo que reciben en la UAIT no se puede compaginar con los apoyos en el entorno escolar, ya que si recibe apoyos a través de un recurso no es posible recibirlos simultáneamente de otro.

Otro aspecto coincidente entre el nivel técnico, académico y las familias es reducir las listas de espera y la burocracia que en muchas ocasiones ralentiza el acceso a una UAIT.

Así, las entidades de titularidad privada, como centros privados y/o UAIT con concierto público, disminuyen el colapso asistencial, reduciendo tiempos de espera, dando continuidad a los tratamientos y la intensidad de intervención que requiere cada niño.

Se puntualiza que una diferencia fundamental entre los centros privados y las UAIT concertadas es que en los centros privados la atención cesa cuando el menor ya no requiere el servicio de Atención Temprana o la familia decide cesarlo, mientras que en las UAIT el tratamiento finaliza en el momento de escolarización de los menores.

El discurso a nivel académico gira fundamentalmente respecto a esta cuestión, ya que un aspecto fundamental para aumentar la calidad de la atención en AIT es mermar tiempos de espera y aligerar el acceso en Atención Temprana mediante reducción de gestión; una alternativa que refieren los agentes a nivel académico para esto puede ser que los profesionales de AIT llevaran a cabo la primera valoración cuando los niños y niñas aún se encuentran en la Unidad de Neonatología o Neuropediatría, de forma que ya contarían con una imagen preliminar de las necesidades que puede tener el menor.

Por otro lado, dado que la AIT se proporciona de 0 a 6 en dos ámbitos, se debe dotar de recursos que generen una coordinación efectiva, ya que los niños pasan de tener una atención específica

de las áreas de apoyo a tener apoyos a nivel educativo.

Un aspecto que optimizaría la atención desde el punto de vista de los agentes políticos y académicos es la derivación al sistema de AIT; ya que refieren que sería positivo que la derivación se pudiera hacer además de a través del Servicio de Pediatría, por el Servicio de Neonatología, de esta forma, se reducirían los tiempos de espera para el acceso y se podrían atender las necesidades de forma precoz.

El cauce de derivación también es un objetivo de mejora de acuerdo con el nivel de discurso político, especialmente en términos de derivación por parte de Servicios Sociales. Apuntan a que, en muchos casos, la derivación y la intervención se lleva a cabo exclusivamente en términos de atención al desarrollo del niño, y no se contempla tanto la posibilidad de que niños y niñas con una alta vulnerabilidad y fragilidad social, puedan tener, como consecuencia a esa situación de problemática social, dificultades que impactan en el desarrollo global.

Con el fin de lograr esa cohesión, ya mencionada anteriormente, entre los tres

sistemas implicados en la derivación, acceso e intervención en el campo de la AIT; una estrategia que mencionan puede ser la monitorización del caso a través de un gestor de caso que haga un seguimiento pormenorizado del menor en su paso por los ámbitos sanitario, educativo y social.

“Me parece que es una fórmula que evidentemente hay que tener en cuenta y que, a nivel de Coordinación Sociosanitaria Educativa, el tema de que se pudiera tener un profesional de referencia que además tiene el histórico previo y que estaría legitimado por los 3 sectores.” (nivel político)

CA3: Perfiles Profesionales

En relación con los perfiles profesionales, cada UAIT cuenta con un equipo multidisciplinar básico que está compuesto por los siguientes profesionales: psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y otros técnicos/as de estimulación (psicomotricista, estimulador/a o maestro/a).

En el análisis de las necesidades de todos los niveles de agentes implicados en la AIT, el nivel de familias considera suficiente la diversidad de profesionales que han

estado implicados en sus experiencias en el proceso de la AIT.

Sin embargo, de acuerdo con la visión compartida de los niveles técnico, político y académico sería pertinente con relación a los perfiles de casos que se atienden, incorporar al equipo base otro tipo de figuras. Por un lado, refieren que sería necesario incluir al terapeuta ocupacional con el fin de dar respuesta a las necesidades sensoriales de los niños en el ámbito clínico y en ámbito educativo para las necesidades de apoyo en el desarrollo académico que puedan surgir.

"Compañeras de atención temprana decían que faltaba un terapeuta ocupacional" (nivel técnico)

"Terapeuta ocupacional sí que creemos que nos falta somos conscientes de que las familias lo demandan mucho" (nivel técnico)

Por otro lado, refieren la necesidad de figuras del campo social que guíen a las familias en relación con el paso por el sistema de Atención Temprana, y específicamente, en lo relacionado con el acceso a prestaciones y recursos ante situaciones de riesgo, así como favorecer mecanismos y cauces para la conciliación familiar.

La tercera figura que mencionan agentes a todos los niveles es el aumento de ratio de profesionales de logopedia, ya que es el área con más carga asistencial en las UAIT. Agentes de nivel político refieren en su discurso la previsión del aumento de la ratio de personal de distintas categorías en AIT, así como la incorporación de nuevas figuras que puedan cubrir necesidades específicas de este grupo poblacional.

Posteriormente, analizando cada nivel de forma independiente, desde el nivel de discurso técnico se menciona la incorporación de profesionales de ámbito administrativo, con el fin de reducir la carga laboral en tareas de gestión y organización, y poder dedicar el mayor tiempo de su jornada a la propia intervención.

"No tenemos auxiliar administrativo por lo que las tareas las realizo yo como coordinadora. Además de las tareas propias de la coordinación y las valoraciones iniciales por lo que la evaluación directa de psicología... es reducida." El nivel técnico (figura de coordinación en UAIT)

En el nivel académico, sin embargo, apuestan por profesionales de especialidad médica, como profesional de Neuropsicología y Neuropediatría ya que estos agentes, desde su experiencia, apuestan por acortar tiempos de espera y aumentar la calidad en la primera parte del proceso. Así, se estructura en tres partes: detección, derivación y valoración.

En última instancia, a nivel político, además de tener en consideración las necesidades con relación al aumento de ratio profesional, ponen el foco de la AIT en aumentar la formación específica de todos los profesionales. Ello tiene el horizonte de favorecer y fortalecer un trabajo progresivamente más coordinado y transdisciplinar.

CLAVES:

Prioridad de encontrar cauces de coordinación efectivos

Se encuentran dos fases en el proceso de entrada a AIT, por un lado, la detección por parte de cualquier agente y por otro lado la derivación que se hace en su mayoría a través del pediatra de Atención Primaria.

Podría ser positiva la derivación a través del Servicio de Neonatología.

En las UAIT, la intervención se lleva a cabo directamente con el niño. La atención a la familia se ofrece a través de la participación activa durante las sesiones, así como optando por recibir acompañamiento del duelo o apoyo específico

Los centros privados mantienen la intervención de áreas específicas del desarrollo paralelo a los apoyos que comienzan a recibir en el entorno escolar.

Apoyar la continuidad en la atención que se recibe en las UAIT

Progresar en la dispersión de recursos de atención temprana específica por todo el territorio

Llevar a cabo la valoración del niño cuando este aún se encuentra en la Unidad de Neonatología

Aumentar los cauces de derivación por parte de Servicios Sociales atendiendo a las posibles dificultades de vulnerabilidad y fragilidad social

Potenciar la formación específica de los profesionales en materia de Atención Temprana

Generar medidas que apoyen la reducción de las listas de espera y la burocracia

Incorporar terapeutas ocupacionales, como de profesionales de ámbito social y profesionales de Logopedia

Análisis eje 3: capacidad de coordinación

CA1. – Puntos fuertes y débiles de la coordinación interprofesional.

Una de las características intrínsecas de la AIT es su carácter multidisciplinar, para lo cual es inherente una adecuada coordinación entre los profesionales. Dicha coordinación se ve reflejada en el flujo de información, que es variable dependiendo de las entidades que se vean envueltas.

A nivel de coordinación interna de los propios centros y unidades, la totalidad de los agentes coinciden en que la información es fluida entre los técnicos de las unidades, estando protocolizadas unas reuniones semanales con la totalidad del equipo a fin de administrar y gestionar los casos que acuden a la unidad. A pesar de esto, el flujo de información es mucho mayor debido a que los profesionales están en continuo contacto a lo largo de sus jornadas. Asimismo, el nivel político destaca que dichos espacios son un vehículo para la mejora, no solo atencional y de seguimiento, sino para la capacitación, mentoría y especificación de los

profesionales. Los agentes técnicos destacan además la existencia de un encuentro mensual con las coordinadoras de las diferentes unidades junto con la administración con el objetivo de aunar las intervenciones realizadas en los centros y la elaboración de protocolos para mejorar la sistematización.

CA2. – Puntos fuertes y débiles de la coordinación intersectorial.

En cuanto a la coordinación intersectorial, nuevamente los agentes técnicos reflejan que la ausencia de protocolos más allá de los anteriormente citados hace que la coordinación quede a voluntad del profesional. Ante esto, desde el nivel político se puntualiza la importancia de contemplar en la agenda un espacio destinado a esta coordinación entre los diferentes ámbitos que forman parte del servicio de AIT.

A nivel académico, reconocen la coordinación con los equipos de atención temprana de Gijón y Oviedo con el servicio de Neonatología de forma trimestral. Al realizar las citaciones, se considera la conciliación familiar para la citación de neonatología y neuropediatría.

Una diferencia destacable a nivel de coordinación, que puntualizan tanto los agentes técnicos como políticos es la falta de coordinación entre las entidades de titularidad pública y privada, siendo prioritaria la instauración de una vía de comunicación que no dependa en su totalidad de la voluntad de las familias si no que establezca un criterio firme en relación con la temporalidad y el contenido de las coordinaciones de agentes técnicos de ámbito público y privado.

Posteriormente al análisis de la coordinación en cuanto a los servicios sanitarios, se profundiza en la coordinación con ámbito educativo. En este sentido, el nivel técnico hace referencia a una fluidez notable con esta administración, habiendo un protocolo acerca de la transición del niño desde los servicios de AIT a educación. Para ello, son convocados el equipo de orientación educativa y las UAIT. Este proceso da comienzo entre los meses de febrero y

marzo y finaliza en mayo con la resolución de los dictámenes de los apoyos que recibirán los niños. Por último, el nivel técnico concluye con la coordinación con los Servicios Sociales, la cual se concibe como fluida en cuanto a aquellos casos de desprotección o riesgo social.

Por todas las razones expuestas con anterioridad, existe la propuesta compartida de todos los niveles de la necesidad de instaurar un gestor de caso a través de un software que permita unificar toda la información de carácter clínico del niño y que esté a disposición de todos los profesionales que intervengan, independientemente de la titularidad o ámbito; sanitario, educativo o social. Lo que permitiría a los profesionales que entran en contacto con el caso en algún punto del proceso tener toda la información relativa al mismo y tomar medidas que atajen específicamente al menor teniendo en cuenta su situación actual y su recorrido en el sistema.

CLAVES:

Coordinación fluida entre los técnicos de las unidades, estando protocolizada reuniones semanales con el fin de gestionar los casos que acuden a la Unidad

Los espacios de coordinación son un vehículo para la mejora, no solo atencional y de seguimiento, sino para la capacitación, mentoría y especificación de los profesionales

En relación a la coordinación intersectorial, sería prioritario la elaboración de protocolos que establezcan y marquen el proceso a seguir en términos de entrada y salida del sistema, así como la información que tienen los profesionales que intervienen con cada caso

Elaborar un sistema que tenga en cuenta la conciliación familiar para realizar las citaciones

Potenciar los cauces de coordinación entre entidades de titularidad pública y privada

Coordinación fluida con el servicio de educación. Potenciar la coordinación intersectorial en todas las direcciones es fundamental con el fin de que se contemplen todas las casuísticas y necesidades tanto del menor como de las familias

Análisis eje 4: Propuestas de mejora

CAI. – Aspectos a potenciar y mejorar en funcionamiento del sistema

En relación con las mejoras en el funcionamiento del sistema de AIT en el Principado de Asturias, el nivel técnico hace hincapié fundamentalmente a una mayor dotación de recursos para el servicio. Se habla tanto en términos de mayores horas de terapia, como en lo relativo a la intensidad del servicio, no sin olvidar la necesidad de aumentar la franja de atención en las UAIT de niños para alcanzar el rango de 0 a 6; paralelamente al Servicio de Atención Temprana que se da en los centros escolares de 3 a 6 años.

Los agentes entrevistados plantean todos estos aspectos como de gran relevancia para reducir las listas de espera que se generan en algunas UAIT públicas.

Otra de las conclusiones extraídas de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales del ámbito radica en la importancia de centralizar la información y el proceso de la AIT en una única consejería del Principado de Asturias.

Plantean que de esta forma solo habría un organismo de referencia que organice el resto de las instituciones que intervienen.

Con relación a la intervención directa, los diferentes agentes entrevistados califican la incorporación del terapeuta ocupacional a los equipos base de AIT como algo positivo, siendo esta figura la más mencionada en estos encuentros durante el estudio.

También se habla de la necesidad de que todos los profesionales que conforman la red de AIT del Principado de Asturias tengan acceso a fuentes de formación similar (formaciones públicas), independientemente de que desempeñen su labor en centros de titularidad pública o privada. Esto aseguraría que la formación en AIT que reciben los profesionales que ejercen en el sector sea unificada.

Con relación a la atención en centros de titularidad pública y privada, la visión compartida tanto de los agentes de nivel técnico como político es que aumenta la calidad en la intervención tanto en términos del proceso interventivo como de la continuidad posterior ya que no están supeditados a una prestación

concreta de Atención Temprana, sino que la intensidad y temporalidad en la atención que se presta depende de un acuerdo entre la familia y los profesionales.

Otra de las temáticas abordadas durante las entrevistas tuvo que ver con el modelo teórico implementado durante el proceso de atención. Agentes del equipo técnico plantearon al modelo de atención centrado en la persona como más viable en términos de atención; intervenir directamente sobre el niño en el entorno protegido del centro ya que fomentar una participación activa de la familia requeriría más recursos personales y materiales para que responder a unos criterios de eficiencia y calidad.

También, se propone que la totalidad del proceso de intervención y acompañamiento, desde que la familia ingresa en el servicio hasta que se le da el alta, esté gestionado por una sola figura de coordinador de caso que acompañe al niño y su familia en su recorrido atencional.

A su vez, tanto técnicos como familias ponen énfasis en la necesidad de una mejora de acceso al recurso de AIT. En este sentido, se hace referencia a la

dificultad percibida derivada de los desplazamientos, que podría ser sufragada o apoyada a través de ayudas económicas al transporte, permitiendo que se llegue en tiempo y se ajusten a las necesidades de la familia.

El nivel político, por su parte, enfoca los aspectos de mejora en un sistema de atención que conecte de manera más eficiente las consejerías.

También se plantea la pertinencia y necesidad de llevar a cabo un análisis de las necesidades de los servicios y sus usuarios según las diferentes zonas geográficas y los recursos disponibles en las UAIT, con el fin de crear un modelo que se adapte a todas las necesidades de la población susceptible de necesitar el recurso de AIT.

Además, apuestan por un modelo que empodere y apoye a las familias, que se podría materializar en intervenciones como el traslado de las terapias a los domicilios, y que se pueda dotar de herramientas. Para llegar a las familias con nuevas herramientas.

Los agentes de nivel académico refieren que sería positivo a nivel de funcionamiento del sistema que cada Centro de Salud tuviera un equipo de AIT

que valorara de forma mensual los casos nuevos que tengan riesgo de padecer problemas de desarrollo.

En la línea de detección y derivación, también apuestan por una valoración precoz de los profesionales de AIT en la Unidad de Neonatología, por ser este uno de los puntos clave de inicio de la identificación de riesgos de trastornos del desarrollo.

CA2. – Aspectos a potenciar y mejorar a nivel de coordinación intersectorial e interprofesional

Con relación a la coordinación intersectorial, diferentes agentes de ámbito técnico hacen referencia a aspectos que pueden ser modificados a nivel de coordinación general.

Este sería el caso de la posibilidad de elaboración de una serie de protocolos cerrados y establecidos en relación con la periodicidad de las coordinaciones y las comisiones entre distintas consejerías para optimizar la gestión de recursos.

Otra propuesta ampliamente repetida entre los agentes de este nivel es la mejora de la conectividad a internet con el fin de mejorar la fluencia en la relación entre los profesionales.

De manera concreta, desde el nivel técnico de los servicios de Salud se plantea que incrementaría la eficacia en el funcionamiento del sistema el establecer una coordinación directa entre el especialista médico y la UAIT. Sin embargo, desde los servicios de Educación, se propone establecer una reunión trimestral con el fin de conocer a los profesionales que entran en el servicio y lograr así una comunicación interprofesional más fluida.

A nivel político, apuestan por la idea de concretar un protocolo de atención que guíe el procedimiento de los niños en todos los momentos de transición a nivel de intervención, así como la entrada y salida del sistema de AIT.

Estos agentes también destacan el interés de potenciar mejoras de las condiciones laborales de los profesionales del ámbito de AIT, de forma que se incluya en su jornada el tiempo de gestión y coordinación implícito en cada caso, pues actualmente es común que estas tareas se solapen con las tareas de intervención directa. Ello no permite un tiempo adecuado y suficiente para desempeñar las diferentes responsabilidades inherentes a los puestos de trabajo técnicos y de coordinación en las UAIT.

En otro término, el nivel de discurso académico opta por unificar la información proveniente de cada consejería a través de la implementación de la historia única como forma de cohesión intersectorial. Esta medida es una de las que más menciones ha recibido a lo largo de los diferentes niveles de discurso por la eficiencia que supondría en el servicio.

PUNTOS FUERTES Y DÉBILES DEL SISTEMA DETECTADOS EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

- En cuanto a la población atendida y sus características
- En cuanto al funcionamiento del sistema
- En cuanto a la coordinación

Previamente a la formulación de propuestas en base a las conclusiones generales, se resumen estas últimas en los puntos fuertes y débiles del sistema de Atención Infantil Temprana del Principado de Asturias. La estructura de esta sección es congruente a los bloques de análisis que articulan el informe en general, en razón de cuestiones relativas a la población atendida y sus características; el funcionamiento del sistema, y aspectos relacionados con la coordinación.

En cuanto a la población atendida y sus características

Puntos fuertes:

- Distribución geográfica de las UAIT adecuada a la dispersión geográfica de Asturias. La distribución geográfica de las UAIT generalistas en Asturias se adecúa a la dispersión de la población a lo largo del territorio. Cada área sociosanitaria cuenta, al menos, con una UAIT, lo cual ha permitido mayor extensión de los recursos y más rapidez en la intervención. Esto se traduce en un aumento del total de los niños y niñas atendidos a medida que pasan los años.
- Alto alcance del recurso especializado de UAIT en comparación con otras comunidades autónomas. Derivado de lo anterior, las UAIT del Principado atienden un elevado número de niños en los servicios respecto a otras Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta la densidad de la población.

- Capacidad de respuesta concentrada en el periodo de 0 a 3 años. La mayor intensidad de respuesta ante las situaciones que requieren atención infantil temprana tiene lugar entre los 0 y 3 años, dada la relevancia que en este periodo tiene el recurso público específico de las UAIT.

Puntos débiles:

- Incremento de los trastornos relacionados con el lenguaje. Existe una alta prevalencia en trastornos del lenguaje, por lo que el sistema debe dar respuesta a las necesidades cambiantes con diferentes recursos, tanto a nivel de innovación en la intervención como aumentando los profesionales.
- Largos desplazamientos a las unidades específicas. Las unidades específicas se encuentran concentradas en el área central de Asturias, por lo que las familias de zonas rurales que precisan tales servicios han de realizar largos desplazamientos, especialmente aquellas que provienen de las áreas.

En cuanto al funcionamiento del sistema

Puntos fuertes:

- **Respuesta adecuada en tiempo** en general. Los tiempos de espera para acceder a las UAIT son, de media, bajos, encontrando que en la mayoría de los casos la espera de acceso a la primera cita es menor a un mes. Sin embargo, dada la relevancia de adelantar el máximo tiempo posible el inicio de la intervención en estas edades, y dándose menor rapidez en algunas áreas concretas, esta cuestión se abordará en los puntos débiles.
- **Derivación desde los servicios de salud comunitarios.** La detección desde los servicios de Atención Primaria y la acogida del menor en el servicio de la UAIT se realiza en los tiempos adecuados a las necesidades de la población objetivo. Concretamente, un 88.56% de los casos son derivados del sistema sanitario en el caso de las UAIT generalistas.
- **Presencia de memorias anuales.** Anualmente se lleva a cabo un proceso de evaluación de los servicios de cada una de las UAIT mediante una serie de memorias que recogen: evaluación general, cobertura, proceso, resultados y calidad de la atención. Se trata de un registro completo que permite acceder a datos relevantes para conocer el funcionamiento del sistema. Esta recogida de datos incluye los niveles de satisfacción de familias y profesionales.
- **Alta satisfacción de las familias con la atención en los recursos especializados.** Las encuestas de valoración analizadas tienen que ver con familias que han accedido a la respuesta de las UAIT. La valoración de la atención para estos recursos específicos y especializados es muy elevada, y la valoración es positiva de manera sostenida en el tiempo. Se trata de una tendencia estable.

- **Equipos multidisciplinares.** En cuanto a las figuras profesionales presentes, las UAIT, en base a la normativa vigente, cuentan con un conjunto multidisciplinar de profesionales que dan respuesta a las necesidades integrales de la población infantil atendida.
 - **Buena atención general.** En general, y derivado de los anteriores, el sistema de Atención Infantil Temprana del Principado de Asturias da respuesta a las necesidades de la población infantil vulnerable con cauces rápidos y eficaces de trabajo y un alto nivel de satisfacción de todas las partes implicadas.
- Puntos débiles:*
- **Altas ratios de niños por profesional.** Aunque existe un número elevado de UAITs generalistas y específicas, los profesionales que desempeñan su labor en ellas tienen muchos casos a los que atender, lo cual deriva en mayores tiempos de espera. Así mismo, un mayor número de profesionales permitiría plantear medidas como el desplazamiento del profesional al hogar o realizar un mayor número de sesiones con cada niño.
 - **Otras figuras profesionales.** Dentro de que las unidades incorporan a todas las figuras profesionales que marca la normativa vigente, se ve necesario la incorporación de otros profesionales del sector sociosanitario (como terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales o educadores sociales) que puedan enriquecer los equipos y la intervención con los menores y sus familias.
 - **Elevada carga de tareas en coordinadores/as.** La persona que desempeña el rol de coordinador/a en las unidades ha de compaginar esta tarea con su labor técnica de intervención. En ocasiones, cuando se incrementa la demanda de niños y familias a las que atender, esto aumenta la carga laboral, dificultando la capacidad de dar respuesta a ambos tipos de tareas.
 - **Altos tiempos de espera en logopedia.** Pese a que el tiempo de espera general no sea muy elevado, los técnicos de logopedia tienen un mayor promedio de días de espera

- para el acceso de los menores a UAIT (aunque los primeros han mostrado una reducción en el último año), debido a una creciente demanda derivada de trastornos del lenguaje. Así mismo, entre 2018 y 2022 se registraron 542 casos que no llegaron a ser atendidos en logopedia antes de su escolarización en centros de Educación Infantil de segundo ciclo (es decir, a los 3 años).
- **Número de sesiones por caso.** En algunas casuísticas, el número de sesiones dedicadas a los pacientes debe ser mayor de la observada. Por ejemplo, la literatura científica recomienda emplear un mínimo de dos sesiones semanales en Trastornos del Espectro Autista, lo cual equivale a 104 sesiones anuales, aproximadamente.
 - **Diferentes modelos de intervención.** La intervención recibida por los menores en las UAIT y los centros escolares de Educación Infantil de segundo ciclo son diferentes. Desde el modelo de AIT del Principado de Asturias, esto responde a una continuación de la intervención en los centros escolares. Aun así, aunque en estos se cuente con un cuerpo de maestros en Audición y Lenguaje y Pedagogía Terapéutica, esta intervención gira en torno al currículo académico y no tanto a la rehabilitación sanitaria.
 - **Las familias continúan el servicio en consulta privada.** Aunque existe la posibilidad de solicitar la continuidad excepcional en el servicio de AIT, se observa una baja proporción de estos casos. De esta manera, las familias tienden en algunos casos a mantener los servicios terapéuticos sociosanitarios por medio de centros privados cuando el niño o niña cumple los 3 años y ya no es atendido en las UAIT. Por tanto, aunque se haga una intervención posterior en las escuelas de Educación Infantil de segundo ciclo, las familias no perciben que la continuidad de la atención sea equiparable en ambos contextos: sociosanitario (UAIT) y educativo posterior.
 - **Datos de las memorias anuales poco aprovechados.** Si bien se señaló como punto fuerte el hecho de mantener un registro longitudinal de los recursos UAIT a través de las

memorias, está recogida de datos podría ser aprovechada para realizar un seguimiento temporal del funcionamiento del sistema de AIT, tanto a nivel general como en el estudio de variables y fenómenos específicos. Ciertos resultados de estos datos se comparten la página web Social Asturias, pero el volumen de información es mucho más amplio para realizar estudios cuantitativos sistemáticos.

Sería positivo, así mismo, contar con una herramienta de mayor sencillez y homogeneidad para cumplimentar la memoria anual. Así mismo, estos datos recogidos de las memorias se centran exclusivamente en la etapa de 0 a 3, es decir, la atendida en las UAIT. Se desconoce el nivel de satisfacción de la atención recibida en los centros educativos en la siguiente fase de intervención.

En cuanto a la coordinación

Puntos fuertes:

- **Un área compartida entre Consejerías.** Los casos atendidos en AIT relacionan competencias de Servicios Sociales, Salud y Educación, dando respuesta a las diferentes dimensiones incluyentes en el desarrollo infantil.
- **Búsqueda de continuidad entre etapas y servicios.** Con respecto a esa confluencia de Consejerías y sectores, la atención a los menores se hace de manera coordinada buscando una continuación entre las etapas de 0 a 3 y de 3 a 6 años, para lo cual las UAIT y los servicios educativos mantienen contacto en esta continuidad.
- **Recursos de coordinación entre profesionales.** Los equipos de las UAITs se reúnen semanalmente como medida de coordinación interna, lo que es un estándar de calidad, y hace posible una intervención eficaz, así como el seguimiento individualizado de los casos.

- **Mecanismos de coordinación entre UAITs.** Desde los diferentes niveles de trabajo en AIT se hace uso de un recurso de coordinación consistente en la celebración de reuniones de coordinación mensuales. Estos son esenciales para la correcta atención de los menores, e incluyen la representación de diversos servicios y recursos: servicios sanitarios, servicios educativos, servicios sociales, equipo de dependencia, equipo de discapacidad, asociaciones y otras UAITs. Así mismo, existen órganos como el Consejo Interinstitucional de Atención Temprana, un órgano competente y eficaz, vital para el correcto funcionamiento de la Atención Infantil Temprana.
- Puntos débiles:*
- **Falta de un sistema de coordinación internivel claramente definido.** Muchas de las acciones de coordinación tienen lugar a un nivel técnico, derivadas de la motivación y las buenas prácticas de los profesionales que tienen contacto con los menores y sus familias. Sin embargo, el sistema carece de un modelo claro de coordinación internivel entre diferentes agentes implicados en la atención temprana dentro del mismo sector.
 - **Necesidad de una mayor comunicación entre sectores.** La coordinación existente funciona mejor en niveles técnicos y dentro del mismo sector. Se echa en falta la presencia de espacios de coordinación a nivel táctico y estratégico (político), y de carácter intersectorial.
 - **Necesidad de definición de la coordinación a nivel estratégico.** No se detecta un espacio definido y estructurado de coordinación y planificación intersectorial (relativo a derechos sociales, salud y educación) a un nivel institucional y político.
 - **Orientación a una mayor planificación estratégica.** Los espacios de coordinación existentes y de mayor actividad están más destinados a las acciones de desarrollo inmediato que a las funciones de seguimiento de acciones y planificación estratégica.

- **Desarrollo de un proceso de traslado de casos de las UAITs a los centros escolares más estructurado.**

Los cauces de coordinación relativa al traslado de atención desde recursos de 0 a 3 años (UAIT) a la respuesta posterior aportada desde el sistema educativo no están claramente definidos y estructurados.

- **Transferencia de datos e historiales.**

La situación de ser un servicio compartido por diferentes ámbitos (Social, Salud y Educación), convierte el proceso de coordinación y comunicación en un elemento de alta complejidad. Actualmente, se observa que la transferencia de datos y expedientes entre los diferentes servicios implicados se dificulta al no ser compartidos, cuestión que se observa sobremanera entre las UAITs y los Centros de Salud u Hospitales. Se plantea la posibilidad de utilizar herramientas informáticas comunes que faciliten la comunicación interna y la gestión de los casos, así como la comunicación externa con los diferentes agentes y recursos.

Esto ayudaría a las figuras de coordinación a realizar la evaluación anual.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

- Aspectos clave en la evolución del sistema
- Desarrollo de medidas específicas de alcance integral.
 - Bloque 1: población y características
 - Bloque 2: funcionamiento del sistema
 - Bloque 3: coordinación

El capítulo que se presenta a continuación tiene como objetivo responder al objetivo específico 3 del informe y que pretende ofrecer una propuesta de aproximación sobre las fórmulas más adecuadas para la prestación de la Atención Temprana asturiana.

Este capítulo pretende elaborar diferentes aportaciones y recomendaciones en relación con la AIT del Principado de Asturias y tiene como base, la evidencia que recogen las diferentes fuentes de información que articulan este diagnóstico. Fuentes de información secundarias, a través del análisis documental presentado y el análisis de las memorias de las UAIT en el periodo 2013-2022, y fuentes primarias, a través del proceso de investigación cualitativa llevado a cabo.

Este capítulo presenta una estructura de tres bloques: bloque 1, población y características; bloque 2, funcionamiento del sistema, y bloque 3, coordinación. En un primer momento se detectan aspectos clave, en cuanto a la mirada estratégica sobre cada uno de estos bloques. Estos aspectos clave deben tomarse como ámbitos fundamentales o prioritarios sobre los que consideramos que se articularía una posible evolución del sistema de atención infantil temprana en Asturias. En la segunda parte, se enumeran y desarrolla un compendio integral de medidas vinculadas a cada uno de los bloques mencionados.

Aspectos clave en la evolución del sistema

Bloque 1: Población y características

- Fomento de medidas que favorezcan la atención de proximidad en el sistema de atención infantil temprana en el Principado de Asturias, de acuerdo con las condiciones de dispersión poblacional del territorio.
- Equidad territorial, vinculado con el punto anterior, para ofrecer la garantía de derechos independientemente del territorio habitado en Asturias.
- Medidas de conciliación familiar, aportando una mirada transversal al bienestar familiar entre aquellas familias en el sistema de atención infantil temprana.

Bloque 2: Funcionamiento del Sistema

- Mantenimiento y desarrollo de modelos de perspectiva integral, y centrados en el bienestar familiar.
- Aprovechamiento de nuevas tecnologías para favorecer la eficiencia del sistema de Atención Infantil Temprana.

- Fortalecimiento de los sistemas de detección precoz, a través de los diferentes espacios y recursos públicos con los que las y los menores mantienen contacto desde edades tempranas.
- Protocolización y sistematización en la entrada, seguimiento y salida del sistema de AIT en Asturias.

Bloque 3: Coordinación

- Participación de la familia, y otros agentes interesados, en los mecanismos de coordinación y gobernanza del sistema de AIT en Asturias.
- Fomento del desarrollo de las perspectivas estratégicas y tácticas en el sistema de atención infantil temprana. Se observa que los elementos operativos del sistema son activos de gran desarrollo en el territorio, pero se acusa la necesidad de un fortalecimiento estratégico y aterrizaje táctico para avanzar en procesos de eficiencia y eficacia.
- Favorecer mecanismos de gobernanza intersectoriales en el plano estratégico y táctico del sistema de AIT, que permitan la mayor

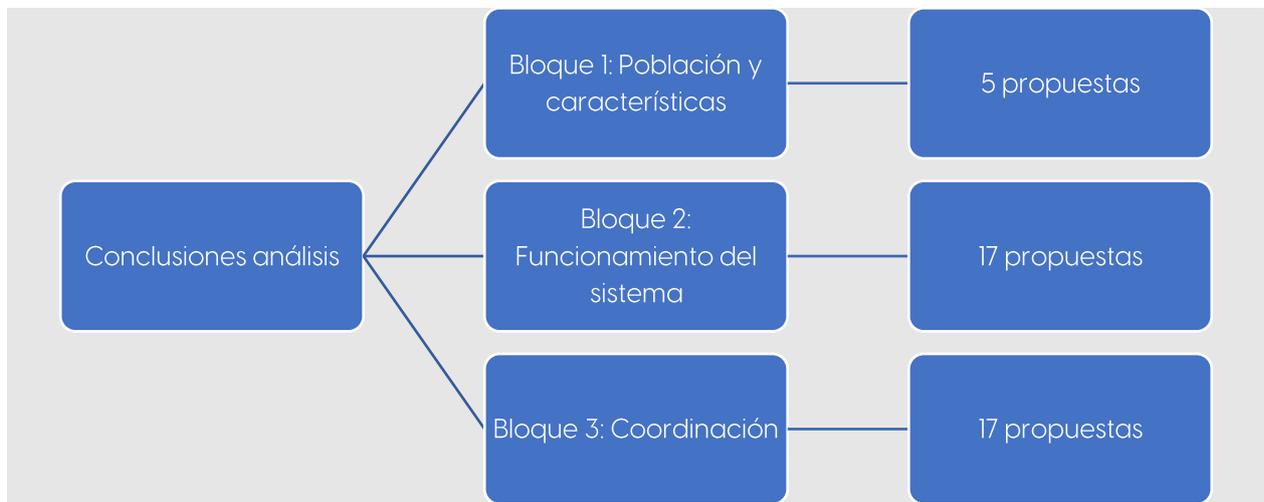
coherencia e integralidad al funcionamiento del sistema, favoreciendo así el desarrollo operativo específico entre los diferentes sectores implicados (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar; Consejería de Educación y Consejería de Salud).

Desarrollo de medidas específicas de alcance integral.

A continuación, se presenta una serie de 39 propuestas diferentes, dependientes de las conclusiones alcanzadas en los tres bloques temáticos mencionados previamente: bloque 1, población y características; bloque 2, funcionamiento del sistema, y bloque 3, coordinación (Figura 39).

Figura 39

Distribución de las propuestas formuladas en el documento.



Nota. Fuente de elaboración propia.

Bloque 1: población y características

El bloque 1 corresponde a las propuestas relacionadas con la población y las particularidades y características propias del Principado de Asturias en cuestiones, tanto demográficas como territoriales, que condicionan y delimitan los retos en relación con la prestación de AIT. Profundizar en el conocimiento del funcionamiento del sistema a nivel territorial, así como en las necesidades que surgen sobre los menores y sus familias es fundamental para garantizar el acceso a la AIT en términos de equidad y universalidad. Atendiendo al análisis que se lleva a cabo, se proponen dos medidas:

- Propuestas relacionadas con maximizar el alcance territorial.
- Propuestas relacionadas con la situación familiar del menor.

a) Propuestas relacionadas con maximizar el alcance territorial

Conclusión. La prestación de AIT del Principado de Asturias plantea una serie de características que están intrínsecamente relacionadas con la dotación de servicios y la población que puede ser beneficiaria de ellos.

Actualmente, ha habido un avance en relación con la dispersión territorial de los recursos, de forma que se ubica una UAIT generalista en cada área sociosanitaria, mientras que las UAIT específicas se encuentran en la zona central del Principado de Asturias. El despliegue de recursos de AIT con el fin de llegar a todas las áreas sociosanitarias de Asturias ha generado un aumento en la cantidad de niños atendidos y por ende, mayor celeridad en la atención. No obstante, aún está presente la necesidad de desplazamiento en zonas rurales donde la UAIT se ubica lejos de los núcleos rurales.

Esta necesidad de desplazamiento es aún mayor en caso de que se precise acudir a una UAIT específica para personas residentes en las áreas ubicadas en las alas del Principado, por lo que se hace imprescindible, en muchas ocasiones, disponer de vehículo propio para acceder, así como la solicitud de ayudas para el transporte, según refieren las familias.

El nivel de discurso político pone en valor aminorar las diferencias en relación con el acceso a los recursos entre familias que se encuentran en entorno rural y entorno

urbano, por lo que atendiendo a esta necesidad se plantean las siguientes propuestas.

Propuestas:

1. Idear estrategias que aseguren equidad territorial en el conjunto del territorio y que propongan medidas específicas para las familias que residen en las áreas del territorio asturiano y requieren tratamiento en las UAIT. Para este fin, una estrategia viable una estrategia viable y que los técnicos refieren estar ejecutando actualmente es la asunción de objetivos terapéuticos por parte de la UAIT generalista más cercana para evitar el desplazamiento.
2. Promover medidas que faciliten el acceso a las UAIT generalistas en las áreas donde la Unidad se aleje del núcleo rural. Es decir, promover medios para reducir el tiempo que se tarda en llegar a la UAIT.

b) Propuestas relacionadas con la situación familiar del menor

Conclusión. En relación con la evolución conceptual de la AIT, se plantea como

una necesidad el contemplar el conjunto de actuaciones dirigidas a la población de 0 a 6 años teniendo en cuenta tanto a la familia, como a la comunidad y el entorno donde el/la niño/a se desarrolla. Según el concepto desarrollado en el Libro Blanco (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2003), la Atención Temprana se entiende desde un modelo globalizador de atención que abarca tanto los aspectos intrínsecos (biológicos, psicosociales y educativos), como los extrínsecos relacionados con el entorno. Es decir, la relación con el entorno se propone como un aspecto fundamental para llevar a cabo la intervención. Bajo este marco interventivo, la familia se contempla como un pilar básico para el desarrollo del niño, con lo que resulta fundamental fomentar el empoderamiento familiar, así como la dotación de herramientas que faciliten la comprensión del proceso de sus hijos. Ello implica, entre otros aspectos, fomentar perspectivas que favorezcan la adquisición por parte de la familia de estrategias a través de las cuales adquieran el conocimiento para el manejo de las dificultades. Para este fin se plantean las siguientes propuestas

centradas en las necesidades de las familias.

Propuestas:

3. Generar cláusulas en los convenios laborales con el fin de que se contemplen medidas de conciliación específicas para las madres y los padres que tienen menores atendidos/as en Servicios de AIT.
4. Incorporar el modelo centrado en la familia como un método de intervención, proponiendo complementar el proceso mediante teleintervención. Todo ello con el fin de que se puedan dotar de herramientas y pautas adaptadas a la condición de cada familia y niño/a sin tener que acceder a la UAIT para recibir las pautas.
5. Reforzar la atención específica a las familias, así como brindar la posibilidad de participación activa dentro del proceso de intervención de su hijo; contemplando los objetivos de la familia como la base para planificar objetivos dirigidos al aumento de calidad de vida tanto del niño como de la familia. Así, se propone que el proceso de AIT contemple entre sus planes de

intervención la opción de que se valoren las necesidades y dificultades de la familia, y se promuevan espacios y recursos (en forma de psicoterapia o de grupos de ayuda) para que el entorno del niño adquiera habilidades de afrontamiento y gestión de dificultades. Así como una mayor seguridad en la gestión del proceso de su niño/a.

Bloque 2: funcionamiento del sistema.

El bloque 2 correspondiente a funcionamiento del sistema. Versa sobre aspectos relacionados con la necesidad del sistema de establecer un modelo de AIT que enmarque una estructura organizativa clara e integral y guíe el proceso de AIT de todos los componentes que forman parte: educativo, sanitario y social. Por lo que atendiendo al análisis de la documentación existente en términos de AIT en el Principado de Asturias, así como a la percepción subjetiva y las necesidades de los agentes a distintos niveles que forman parte, se proponen tres propuestas en relación con el funcionamiento del sistema:

Propuestas que velan por cubrir la necesidad de determinados perfiles profesionales, así como de sus competencias.

- Propuestas relacionadas con la transición en el sistema.
- Propuestas relacionadas con el modelo de AIT.
 - a) **Propuestas que velan por cubrir la necesidad de determinados perfiles profesionales, así como de sus competencias**

Conclusión. Como ya se ha visto anteriormente, cada Unidad cuenta con un equipo multidisciplinar base compuesto por los siguientes profesionales: psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y otros técnicos/as de estimulación (psicomotricista, estimulador/a o maestro/a). No obstante, agentes de todos los niveles refieren la necesidad de aumentar profesionales del área de logopedia, debido a que es la disciplina con mayor carga asistencial. En relación con el análisis de los datos reportados por las UAIT, se observa un incremento progresivo del número de casos nuevos, presentando un crecimiento de 941 casos para las UAIT generalistas y de 110 casos para las UAIT específicas. Además, el 38% de los casos se corresponden a un retraso o alteración en el lenguaje.

El profesional de terapia ocupacional ha sido ampliamente demandado por las familias, así como por agentes de nivel técnico y político. Entendiendo la dificultad de los problemas de desarrollo en los cuales subyace una base sensorial así como la capacidad analítica de este profesional en relación a los componentes que pueden estar

afectando al correcto desarrollo del menor; valorando los componentes de manera aislada así como aportando una visión conjunta e integral que contempla al menor, a su familia y al contexto en el que se crece como agentes clave para la adquisición de competencias y habilidades que marcan el desarrollo y por tanto, su desempeño ocupacional y la autonomía en su vida diaria. En País Vasco, esta figura forma parte del equipo de Atención Temprana y atención a las dificultades educativas y de aprendizaje (Sanidad y Consumo. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2010).

Otra demanda que refieren los técnicos y las familias es la necesidad de que los profesionales que atienden en AIT tengan una formación unificada en relación con aspectos comunes a todos los menores que reciben tratamiento en las UAIT generalistas.

Propuestas:

6. Necesidad de aumentar horas y profesionales de atención de logopedia.
7. Formación unificada a los profesionales que atienden en AIT con el objetivo de mantener la

calidad de las intervenciones en la primera infancia, así como homogeneizar la formación que tienen los profesionales que forman los equipos de Atención Temprana.

b) Propuestas relacionadas con la transición en el sistema

Conclusión. El tiempo de espera para acceder a las UAIT generalistas representa un aspecto ampliamente citado por los agentes de nivel técnico. Además, en los datos que se registran a partir de las UAIT se observa que desde los años 2017 a 2022 se han atendido 5000 niños y niñas, de los cuales, el 67% han tenido el primer contacto en un intervalo inferior al mes. Esto quiere decir que más de la mitad de los menores que son derivados a una UAIT reciben el primer contacto prácticamente de forma inmediata a la derivación, mientras que el 19% de los menores reciben este contacto al mes de haberse dado la derivación, y el 7,3% a los dos meses. Por lo que, atendiendo a esta casuística, se proponen las siguientes medidas que permitan acortar los tiempos de espera para acceder a la UAIT.

Propuestas:

8. Con el objetivo de reducir las listas de espera en el acceso a las UAIT se proponen las siguientes medidas:

- Aumentar la eficiencia en los procesos de detección; llevando a cabo una valoración por parte del equipo de AIT cuando el niño aún se encuentra en la Unidad de Neonatología.
- Mejora de los procesos de comunicación y coordinación entre ámbitos que intervienen en el contexto de AIT, con ánimo de impulsar la eficiencia e inmediatez en la respuesta las necesidades del sistema durante el recorrido vital de niñas y niños.
- Elaborar un cálculo de ratio que asegure que se cubran las necesidades del sistema en términos de profesionales para el tratamiento de las distintas áreas que atañen la AIT. Cabe atender al hecho de que las UAIT de las áreas centrales de Asturias son también las que alcanzan una menor proporción de menores.

- Gestión electrónica unificada de la información relativa a todos los menores que se atienden dentro del sistema y de las tres consejerías que lo conforman.

9. Reforzar, difundir y clarificar protocolos que guíen la transición de los menores en el Servicio entre los ámbitos sanitario, servicios sociales y educativo.

10. Mejora de las instalaciones y los espacios de los centros de AIT.

c) Propuestas relacionadas con el modelo de AIT

Conclusión. La intervención de los equipos de AIT está basada en modelos que definen la práctica clínica. En el caso del modelo de atención centrado en la familia, sus principios tienen como base la creación y mantenimiento del vínculo terapéutico, lo que proporciona sentimientos positivos por parte de las familias y los menores que acuden al servicio en todo el proceso de intervención. La inclusión de la figura de la familia como agente activo en el proceso interventivo se presenta como un principio fundamental que promueve la interacción entre la tríada profesional-familia-niño. Esto marca una diferencia

frente a otros modelos de atención como son el modelo centrado en la persona o el modelo centrado en el sistema. De igual forma, dada la casuística territorial del Principado de Asturias, se analiza en la literatura científica la utilidad de la incorporación de las herramientas mHealth en forma de aplicaciones seguras que podrían ser claves para mejorar la calidad del servicio asistencial, no solo para hacer efectivas las citas con los servicios de atención, sino también para facilitar el contacto directo con las familias y aligerar el acceso y el proceso dentro del servicio de AIT.

En términos de modelo de AIT se detectan tres tipos de necesidades. Como ya se ha mencionado reiteradamente a lo largo de este documento, según el Catálogo de Prestaciones de Servicios Sociales (Consejería de Vivienda y Bienestar Social, 2005), idealmente los usuarios potencialmente beneficiarios del servicio son menores con edades comprendidas entre 0 y 6 años, no obstante, en el Principado de Asturias, la prestación de AIT entre las edades de 0 a 3 años se da a través de las UAIT, a los tres años se lleva a cabo la escolarización del niño/a y en

este momento cesa la intervención a nivel de UAIT para dar paso a la prestación de AIT a nivel educativo, dotándole de apoyos en el entorno escolar.

Estas logísticas pueden generar dos casuísticas: la primera, que al tener una franja de atención en las UAIT tan reducida, algunos casos que precisan atención precoz pueden no ser detectados en estos años debido a la levedad de la afectación. Cabe considerar que ante esta contingencia generalmente se detectan cuando comienzan en el ámbito académico.

Otra casuística que concurre con frecuencia es que cuando los/las niños y niñas comienzan en el entorno escolar sigan siendo susceptibles de mantener un tratamiento a nivel de áreas específicas de desarrollo en las UAIT, por lo que en esos casos se solicita una prórroga en la respuesta de AIT desde las UAIT, lo que finalmente se acepta en reducidas ocasiones.

Del resultado obtenido en las entrevistas y mencionado por los agentes a todos los niveles, se refiere que, de 3 a 6 años, actualmente la continuidad en este servicio terapéutico se lleva a cabo por voluntad de las familias a través de

entidades de titularidad privada que prestan servicios de apoyo al desarrollo infantil en edades de AIT; paralelamente a la AIT que se presta de 3 a 6 en ámbito escolar en forma de apoyos educativos.

Este último aspecto, implica el riesgo de restringir el principio de equidad que articula la filosofía de la respuesta pública ante las necesidades de atención infantil temprana.

Con el fin de ampliar la detección de casos leves, así como aumentar la derivación de casos al servicio de AIT que implementan las UAIT, se considera la posibilidad de derivación por parte de otros profesionales médicos del Servicio de Salud, aumentar la precocidad en la atención, o unificar y maximizar la especificidad de las valoraciones que se llevan a cabo por el Servicio de Pediatría.

Otro tipo de necesidad detectada se relaciona con la importancia del proceso del menor en el marco de salud y servicios sociales. Este hecho se relaciona con los datos tomados a partir de las UAIT del Principado de Asturias, ya que, si se analizan los datos según el origen de la demanda en términos de UAIT generalista, el origen de la demanda por parte de Servicios Sociales es el que

obtiene datos más bajos en relación con el origen desde otros ámbitos como puede ser el sanitario, educativo y/o asociativo. A su vez, se observa que según el motivo de demanda entre los años 2013-2022, la demanda por riesgo social tiene una representación del 1% con relación al resto. Frente a ello, una medida en relación con la interrelación entre la UAIT, servicios sociales, de salud y educación pasa, entre otros aspectos, por generar vías de formación para que los profesionales que atienden desde el contexto social participen en la detección de los menores susceptibles de ser atendidos en el marco de la AIT.

A modo de conclusión general, como ya se hace explícito en el documento de La AIT en Asturias llevado a cabo por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Gobierno del Principado de Asturias en 2004 (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004), es evidente la falta de un modelo claro que conceptualice y oriente los servicios de AIT existentes en el Principado de Asturias. De esta forma, para abordar la actual situación de partida de la AIT es básico proponer y definir un modelo que mejore y optimice

la atención en este ámbito a la población infantil y sus familias.

Propuestas:

11. Fortalecer y unificar una perspectiva de modelo centrado en la familia en la AIT en Asturias. Si bien este modelo es el que está recogido en la documentación que articula el sistema, abogando por una integralidad e intervención contextualizada en las condiciones sociofamiliares del menor, se aprecia cierta disparidad de criterios y enfoques al respecto en el plano operativo de intervención. Frente a ello, avanzar en la unificación del enfoque interventivo en esta dirección, permitirá una aproximación más eficiente a los casos detectados e intervenidos.
12. Incorporar una dimensión adicional a la perspectiva de integralidad del sistema de AIT, contemplando el riesgo de exclusión que pueden experimentar niños y niñas que presentan este tipo de situaciones, conectando la intervención específica en AIT (centros educativos y/o UAIT) con otro tipo de recursos comunitarios.
13. Inclusión de perspectivas innovadoras basadas en enfoques tecnológicos, que apoyen los procesos interventivos en AIT. Ello supone proveer a familias y profesionales de recursos de todo tipo, con capacidad de alcance preventivo e interventivo, en el apoyo a los procesos de intervención llevados a cabo.
14. Una medida que se considera con capacidad de aliviar la carga en el servicio de atención primaria pediátrica, así como reducir los tiempos de espera para acceder al servicio de AIT, resulta de la posibilidad de derivación al servicio de AIT por parte de Neonatología.
15. Formar a los profesionales del sistema de protección de menores en Asturias en la detección y cribado de posibles alteraciones del desarrollo, con la finalidad de favorecer la detección de casos susceptibles de atención en el sistema de atención infantil temprana que provenientes de situaciones de riesgo social.
16. Aumentar la precocidad en la detección de dificultades. A través de la concienciación y formación en

todos los ámbitos que atienden a la primera infancia, se podría detectar precozmente factores de riesgo o dificultades de desarrollo ya instauradas.

17. Incrementar la especificidad en las valoraciones del desarrollo llevadas a cabo por el servicio de pediatría para que fortalezca la capacidad de detección de casos leves de retrasos del desarrollo.
- Generar un sistema de atención que asegure que se atienden las dificultades en el desarrollo de los menores de 0 a 6 años, en materia de atención específica al desarrollo desde las UAIT y de apoyos escolares desde el sistema educativo. Llevando a cabo una evaluación inicial por parte del equipo de AIT que analice específicamente qué áreas del desarrollo son susceptibles de tratamiento; esta evaluación se repetiría cuando el niño cumple tres años y el equipo de la UAIT decide si el menor sigue precisando servicios de atención específica al desarrollo o si es susceptible de tener el alta en el Servicio. De seguir necesitando los Servicios se llevaría a cabo una

propuesta de prórroga que sería valorada por el responsable de las UAIT de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, y que aseguraría que la UAIT alcance su actuación completa en términos de edad y de forma paralela a la atención que se da en materia de AIT en el entorno escolar. En el caso de que la prórroga sea aceptada, el menor continuaría en la UAIT hasta los 6 años. Esto no sería en ningún caso incompatible con los apoyos educativos que precise durante la etapa escolar.

- Contemplar, dentro del sistema de AIT, medidas de seguimiento posterior y generalización de aprendizajes al entorno real. Es decir, contemplar la continuidad en la atención cuando la familia y el menor cesan de recibir tratamiento directo de áreas específicas.

d) Propuestas relacionadas con el análisis de datos y calidad

Conclusión. La recogida sistemática de datos dentro de los servicios de AIT es una premisa fundamental para la detección de las posibilidades de desarrollo dentro del sistema. En el documento de La AIT en Asturias llevado a cabo por la Consejería

de Vivienda y Bienestar Social del Gobierno del Principado de Asturias en 2004 (Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes, 2004), como aspecto susceptible de mejora ya se reconocía la ausencia de un sistema adecuado de evaluación de los servicios que permita desarrollar un sistema de control de la calidad de los mismos.

Propuestas:

18. Generar un observatorio de datos telemático de AIT, incluyendo procesos de evaluación de resultados, fortaleciendo los mecanismos de recogida de información de desarrollo e impacto de las acciones llevadas a cabo en las UAIT. Se entiende que el Observatorio Asturiano de Servicios Sociales, del mismo ámbito competencial que las UAIT, es un órgano adecuado para afrontar esta misión.
 19. Fortalecimiento de los sistemas e indicadores de calidad en la intervención y respuesta generada frente a los recursos de AIT, para el favorecimiento de una mejora constante en el funcionamiento de este sistema dentro del plano de derechos de la población asturiana. Ello se articula a procesos de transparencia pertinentes en la respuesta pública.
- Generar un sistema de indicadores que permitan valorar los programas de atención al menor en AIT y que valoren el proceso en su conjunto (evaluación, intervención y transición

en el sistema), así como las necesidades de los niños y niñas de AIT, así como las demandas de sus familias y de la población general. El análisis periódico de estos indicadores debe resultar una herramienta útil para tomar decisiones de orientación estratégica y desarrollo táctico en el marco de respuesta a la necesidad de atención infantil temprana en el territorio.

Bloque 3: coordinación

El bloque número 3 hace alusión a los mecanismos de coordinación intra e intersectorial de los diferentes agentes implicados en AIT en el Principado de Asturias.

La racionalidad de este bloque se articula en una lógica estratégica, táctica y operativa, orientada a clarificar, no sólo una estructura de coordinación, sino también una lógica interactiva de estos agentes.

Se parte de un modelo en el que el nivel estratégico supone los órganos de máxima responsabilidad en el sistema, atendiendo a las estructuras de término político que fijan la visión y objetivos estratégicos del propio sistema.

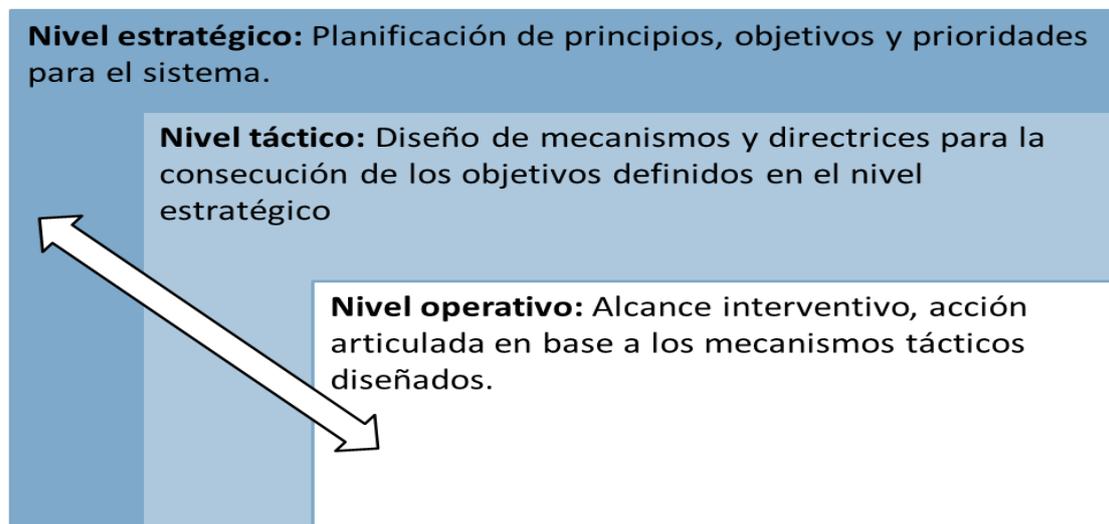
En segundo lugar, el nivel táctico hace alusión al conjunto de agentes con capacidad de planificación, que dispondrán las iniciativas necesarias para encaminar el funcionamiento del sistema a la visión estratégica planteada.

En tercer lugar, el nivel operativo hace alusión a la propia intervención y/o acción desde los diferentes ámbitos. Naturalmente esta intervención responde a la disposición táctica, y con ello

aproxima racionalidad al sistema para encaminarlo en un marco de horizonte estratégico fijado desde el nivel estratégico del sistema (Figura 40).

Figura 40

Estructura de niveles en la organización en el marco de las políticas sociales.

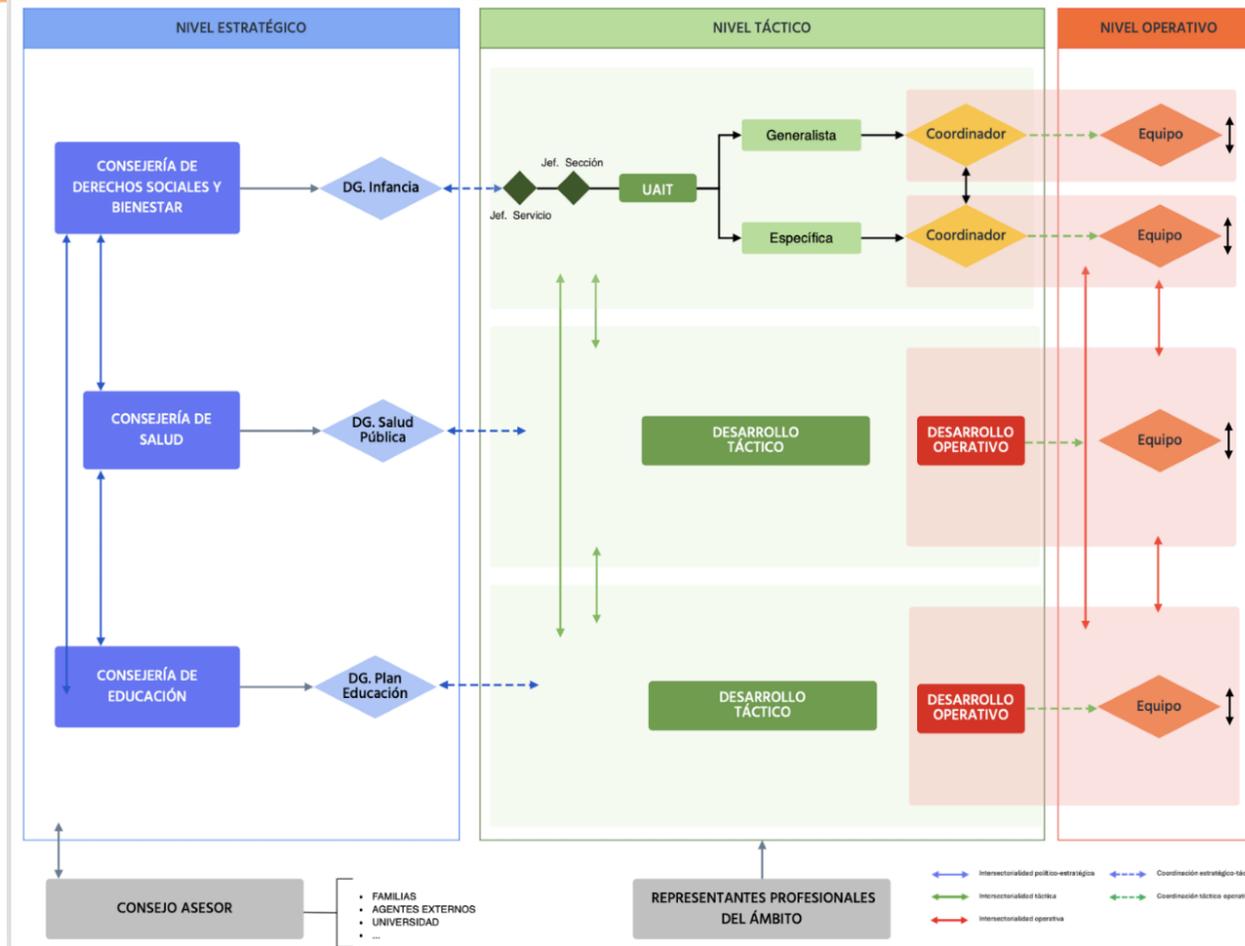


En buena medida, el planteamiento que rige este apartado aprovecha la disposición estructural dispuesta en el borrador Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias.

Este documento, si bien no aprobado e implementado en la fecha de redacción de este informe en el Principado de Asturias, propone un marco prioritariamente estratégico y táctico en el que nos alineamos para la redacción de estas conclusiones. Lo hacemos considerando que ofrece un avance en

términos de mecanismos de coordinación para el sistema de AIT en Asturias, y sobre él incorporamos algunas recomendaciones y consideraciones para favorecer su efectividad. La lógica completa de la propuesta se puede observar en la Figura 41

Figura 41
Análisis de los mecanismos de coordinación planificados en el proyecto de decreto de Atención Temprana en Asturias



Nota. Este modelo incluye los principios del nivel estratégico incluidos en el Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021), en términos de consejos, comisiones y diversos agentes. Asimismo, y fruto del análisis llevado a cabo, incluye mecanismos de coordinación y órganos no contemplados en el documento del Principado de Asturias como un consejo asesor en atención infantil temprana, que se presenta como recomendación fruto del proceso de investigación

a) Propuestas de coordinación a nivel estratégico

Conclusión. A través del análisis del funcionamiento del sistema de Atención Temprana en la actualidad, y en relación al Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias (Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, 2021), se observa como necesidad un órgano de planificación estratégica específico para atención temprana que se ocupe de la coordinación intersectorial. En particular, una coordinación planificada a nivel estratégico entre la Consejería de Derecho Sociales y Bienestar, la Consejería de Educación y la Consejería de Salud. Ello permitirá una articulación más eficiente de recursos destinados a la respuesta en AIT desde diferentes ámbitos, y un abordaje integral. Asimismo, ayuda a asentar una mirada unificada, deliberada, compartida y consensuada sobre el modelo de AIT a desplegar en el territorio, que será compartida desde todos los niveles y desde todas las consejerías y ámbitos implicados.

Propuestas:

20. Seguir las directrices estructurales y funcionales que establece el Proyecto de Decreto de AIT del

Principado de Asturias, que se puede encontrar en el portal de participación ciudadana del Principado de Asturias. En el decreto se propone la creación de un Consejo Técnico Interinstitucional de AIT conformado tanto por el nivel jerárquico más alto correspondiente a la Consejería de Servicios Sociales como de un equipo de profesionales a nivel operativo que representen a la totalidad de profesionales de AIT del territorio asturiano, así como un representante de las UAIT.

21. Seguir la planificación y organización que se propone en el Decreto detallado anteriormente para el nivel estratégico.

b) Propuestas de coordinación a nivel táctico

Conclusión: de nuevo, el Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias propone la constitución de una Comisión Técnica Interinstitucional, que, fruto del análisis de investigación llevada a cabo, consideramos una herramienta muy adecuada por varios motivos. En primer lugar, porque el análisis trasluce que los niveles operativos del sistema han

tomado estas funciones de carácter táctico en algunas ocasiones. Ello imprime el riesgo en devenir inoperatividad al sistema, ya el nivel operativo –de carácter prioritariamente interventivo– no dispone de las competencias asignadas para impulsar procesos de coordinación interinstitucional por sí solo. De igual modo, desarrollar y fortalecer una comisión táctica, como la que presenta el proyecto de decreto, facilita el impulso de protocolos y mecanismos de funcionamiento para lograr una articulación certera del sistema y sus instituciones implicadas. En todo caso, la garantía para el correcto funcionamiento del nivel táctico requiere de un proceso de articulación y comunicación fluida y efectiva con el nivel estratégico. De no darse, aparece el riesgo de desconexión entre el objetivo estratégico –de planificación en nivel político– con el desarrollo técnico del sistema.

Propuestas:

- Seguir las directrices estructurales y funcionales que establece el Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias que proponen la creación de una Comisión Técnica Interinstitucional de AIT conformada

tanto por responsables a nivel estratégico de los ámbitos Sanitario, Educativo y Social como de un equipo de profesionales a nivel operativo que representen a la totalidad de profesionales de AIT del territorio asturiano, así como un representante de las UAIT.

22. Seguir la planificación y organización que se propone en el Decreto detallado anteriormente para el nivel táctico.

c) Propuestas de coordinación a nivel operativo

Conclusión. En el análisis, se observa que el nivel operativo, el más activo del sistema, presenta un nivel de actividad elevado, y en algunos puntos está saturado. Una vía para ganar en eficiencia responde al término de coordinación. La coordinación intrasector-coordinación entre UAIT, por ejemplo- es fluida, efectiva y cuenta con mecanismos asentados en el tiempo. Sin embargo, la coordinación intersectorial precisa el desarrollo de mecanismos más claros. Este desarrollo no debe ser competencia del término operativo, sino que requiere una planificación táctica.

Propuestas:

23. Mejorar los mecanismos y momentos de coordinación existentes intraprofesional dentro de las UAIT, así como a nivel interno dentro de los equipos que atienden en AIT a nivel educativo y sanitario. Ello pasa por el desarrollo y afianzamiento de protocolos y planificación a nivel táctico, que sean aplicables en el término operativo.

24. Progresar en la creación de vías de coordinación efectivas intersectorial a nivel operativo en los tres sistemas: educativo, sanitario y social.

25. Fomentar que dentro de las consejerías con competencia en AIT se desarrollen y/o fortalezcan los mecanismos de coordinación operativa que garanticen la implementación de las propuestas o protocolos en este nivel de coordinación.

d) Propuestas en relación con la unificación de la información relativa a Atención Temprana

Conclusión. Agentes de distintos niveles remarcan la importancia de crear un sistema o una estrategia que unifique la

información relativa a los menores que son atendidos bajo el marco de AIT en el Principado de Asturias desde los ámbitos sanitario, educativo y servicios sociales. Estas propuestas se plantean a colación no solo de organizar y unificar la información, sino de agilizar la entrada al sistema, así como la transición entre los distintos componentes y la inmediatez en el conocimiento de cualquier circunstancia que acontezca por parte de todos los agentes que forman parte del proceso del menor.

Propuestas:

- Generar un sistema digital llevado a cabo por un gestor digital que unifique e integre la información relativa a cada caso de AIT independientemente de que la información provenga del Sistema Sanitario, Educativo y Social.

26. Creación de una figura que gestione el caso desde que este es incorporado al mapa de atención de AIT hasta que sale cuando cumple seis años, de forma que acompañe al niño/a y a su familia durante el proceso asistencial y comunique toda información relevante del caso

a cada profesional que se encuentra interviniendo con el mismo.

e) Propuestas de gobernanza:

Conclusión. Dada la naturaleza intersectorial que requiere la respuesta integral a la realidad en materia de AIT en el Principado de Asturias, la viabilidad de la gobernanza del sistema planificada en el borrador del Real Decreto requiere de una serie de condicionantes para fortalecer su efectividad.

Propuestas:

27. Articular mecanismos de comunicación bidireccional entre los niveles estratégico, táctico y operativo dispuestos en los diferentes espacios definidos en el Decreto (comités y consejos).
28. Desarrollar y/o fortalecer una estructura operativa con relación a la respuesta en AIT en las consejerías que tienen competencia en el ámbito: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Consejería de Salud y Consejería de Educación del Principado de Asturias.
29. Fortalecer el funcionamiento estable y sostenido del nivel táctico de la estructura de funcionamiento, ya que

en base a sus propuestas se articula la racionalidad del sistema para cubrir los objetivos y perspectivas dispuestos desde los espacios de decisión estratégicos (Consejo Interinstitucional).

30. Promover la creación de un órgano asesor dependiente de la Consejería de Servicios Sociales que esté formado por familias, profesionales de la Universidad, agentes externos (es decir, profesionales que están en contacto con el menor, pero no forman parte de los equipos de intervención del Servicio Público), familias afectadas y profesionales de responsabilidad pública. Las funciones de un órgano asesor de estas características se articulan en representar un órgano consultivo para el nivel estratégico. Esta necesidad surge de la pertinencia de que los diferentes agentes implicados en un mecanismo como AIT dispongan de un espacio de participación, lo que permitirá llevar a cabo aportaciones para su seguimiento y desarrollo.

31. Promover la creación de asociaciones de profesionales de AIT, conformadas por profesionales provenientes de distintas áreas, ámbitos y titularidad. En el Proyecto de Decreto de AIT del Principado de Asturias ya se recoge la inclusión de una organización de estas características en el nivel táctico del sistema. Esto es, con participación en la Comisión Técnica Interinstitucional.

34. Fomentar la creación de espacios de mentoría y formación entre profesionales.

f) Propuestas transversales

Propuestas:

32. Contemplar en la jornada de cada profesional, tiempo para coordinar cambios y progresos de manera directa con las familias con el fin de transmitir avances y pautas que faciliten a la familia la continuidad en la adquisición de los objetivos y la generalización de aprendizajes al entorno real.

33. Generar vías de coordinación y comunicación entre el Servicio de Pediatría y el Servicio de Neonatología con el fin de facilitar la detección precoz de casos y unificar un criterio sólido de las dificultades detectadas en los niños y niñas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. (2010). *Atención Temprana. Progresos y desarrollo 2005-2010*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. (2011). *Atención Temprana. Recomendaciones clave*.
- Alonso, L. E. (1994). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). Síntesis.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3880081>
- Alvarez-Gayou, J. L., & Alvarez, J. L. (2003). *Cómo Hacer Investigación Cualitativa: Fundamentos y Metodología*. Paidós Iberica Ediciones S A.
- Ameyaw, G. A., Ribera, J., & Anim-Sampong, S. (2019). Interregional Newborn Hearing Screening via Telehealth in Ghana. *Journal of the American Academy of Audiology*, 30(3), 178-186.
<https://doi.org/10.3766/jaaa.17059>
- Arnedo Montoro, Marisa, B. S., Judit, Montes Lozano, Armando, & Triviño Mosquera, Mónica. (2020). *Neuropsicología Infantil. A través de casos clínicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Astursalud. (2022). *Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas del Principado de Asturias*.
https://www.astursalud.es/noticias?p_p_id=es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet&p_p_lifecycle=O&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_article_id=53726&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_mvcRenderCommandName=%2Frender%2Farticle
- Astursalud. (2023). Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil.
https://www.astursalud.es/noticias?p_p_id=es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet&p_p_lifecycle=O&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_article_id=61337&_es_astursalud_liferay_portlet_AstursaludArticlesPortlet_mvcRenderCommandName=%2Frender%2Farticle
- Badawy, S. M., & Radovic, A. (2020). Digital Approaches to Remote Pediatric Health Care Delivery

During the COVID-19 Pandemic: Existing Evidence and a Call for Further Research. *JMIR Pediatr Parent*, 3(1), e20049. <https://doi.org/10.2196/20049>

- Blaiser, K. M., Behl, D., Callow-Heusser, C., & White, K. R. (2013). Measuring Costs and Outcomes of Tele-Intervention When Serving Families of Children who are Deaf/Hard-of-Hearing. *International Journal of Telerehabilitation*, 5(2), 3-10. <https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6129>
- Boletín Oficial de Cantabria. (2023). *Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de Marzo, de Derechos y Servicios Sociales. Actualizado en Enero de 2023.*
- Boletín Oficial de País Vasco. (2020). *Decreto 18/2020, de 6 de septiembre, del Lehendakari, de creación, supresión y modificación de los Departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de determinación de funciones y áreas de actuación de los mismos.*
- Boletín Oficial del Estado. (1990). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1))
- Boletín Oficial del Estado. (1997). *Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi.*
- Boletín Oficial del País Vasco. (2009). *Decreto 40/2009 de 17 de Febrero, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Berritzegunes.* https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1034184
- Bricklin, D. (1985). *Microsoft Excel (16.74) [Software].* Microsoft.
- Broderick, N. A., & Hundley, R. J. (2022). Early identification and diagnosis of autism. En *The Neuroscience of Autism* (pp. 35-63). Elsevier; Scopus. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816393-1.00009-9>
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-115. <https://doi.org/10.1177/027112140002000206>
- Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L., & Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral*, XXII(2), 105e1-1005e6.
- Canales, M., & Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. En J. M. Delgado & J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis psicológica* (pp. 287-316).

- Cason, J., Behl, D., & Ringwalt, S. (2012). Overview of States' Use of Telehealth for the Delivery of Early Intervention (IDEA Part C) Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 4(2), 39-46. <https://doi.org/10.5195/IJT.2012.6105>
- CERMI. (2017). *Documento político del Cermi Estatal sobre atención temprana: Por el derecho primordial de la infancia a la salud y a su pleno desarrollo*. CERMI. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5271>
- Chen, P.-H., & Liu, T.-W. (2021). Does Parental Education Level Matter? Dynamic Effect of Parents on Family-Centred Early Intervention for Children with Hearing Loss. *International Journal of Disability, Development and Education*, 68(4), 457-478. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1693033>
- Cheung, W. C., Aleman-Tovar, J., Johnston, A. N., Little, L. M., & Burke, M. M. (2022). A Qualitative Study Exploring Parental Perceptions of Telehealth in Early Intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10882-022-09853-w>
- Cohen, D., Greenberg, J., & Stillman, D. (2006). Zotero (6.0.26) [Software]. Corporation for Digital Scholars & Roy Rosenzweig Center for History and New Mediahip.
- Collins, J. (2010). *The Person-Centered Way: Revolutionizing Quality of Life in Long-Term Care*.
- Comunidad Autónoma de País Vasco. (2011a). *La Ley 3/2005, de 18 de Febrero, de Atención y Protección a la infancia y a la Adolescencia*. Boletín Oficial del Estado.
- Comunidad Autónoma de País Vasco. (2011b). *La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales*. Boletín Oficial del Estado.
- Comunidad de Madrid. (2015). *Decreto 46/2015, de 7 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula la coordinación en la prestación de la atención temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de Atención Temprana*. Portal de Transparencia.
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2019). *Pliego de prescripciones técnicas particulares para la contratación de la Gestión del Servicio de Atención Infantil Temprana Específica destinada a niños con Trastornos del Espectro Autista*.
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2021). *Proyecto de Decreto Regulator de la Atención Infantil Temprana en el Principado de Asturias*.
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2022). *Decreto 74/2022, de 2 de diciembre, por el*

que se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales. Boletín Oficial del Principado de Asturias.

- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. (2023). Decreto 4/2023, de 27 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Consejería de Educación. (2022). Decreto 56/2022, de 5 de agosto, por el que se regula la ordenación y se establece el currículo de la Educación Infantil en el Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias.
- Consejería de la Presidencia y Administración Local. (2016). Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía. Consejería de la Presidencia y Administración Local.
- Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. (2017). Plan Demográfico del Principado de Asturias 2017-2027. Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud. (2022). Decreto 36/2022, de 10 de junio, por el que se regula la organización y el funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias.
- Consejería de Servicios Sociales. (2011). Decreto 3/2011 del 19 de Enero, regulador de la intervención integral en Atención Temprana en la Rioja.
- Consejería de Servicios y Derechos Sociales, C. de S. (2019). Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2020. Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Consejería de Sanidad. (2019). Plan Sociosanitario del Principado De Asturias 2019-2021. Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Trabajo y Bienestar. (2013). Decreto 183/2013 del 5 de Diciembre por el que se crea la Red Gallega de Atención Temprana.
- Consejería de Vivienda y Bienestar Social. (2005). Decreto 108/2005, del 27 de octubre, por el que se aprueba el mapa asturiano de Servicios Sociales. Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias. (2005). Decreto 108/2005. Mapa Asturiano de Servicios Sociales. Publidisa.
- Consejo de Gobierno. (2015). Plan de Actuación Integral para las Personas con Discapacidad de Asturias.

- Consejo de Gobierno del Principado de Asturias. (2013). *Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016*. <https://socialasturias.asturias.es>
- Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. (2020). *Documento marco. Fisioterapia en atención temprana*. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.
- Crespo, E. (1991). Lenguaje y acción: El análisis del discurso. *Interacción social*, 1, 89-101.
- Cruz-Hernández, J. M., García, J. J., Cruz Martínez, O., Mintegi Raso, S., & Moreno Villares, J. M. (2019). *Manual de Pediatría (4ª)*.
- De-Andrés-Beltrán, B., Rodríguez-Fernández, Á. L., Güeita-Rodríguez, J., & Lambeck, J. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of the Denver Developmental Screening Test II. *European Journal of Pediatrics*, 174(3), 325-329. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2410-7>
- Del Toro Alonso, V., & Sanchez Moreno, E. (2020). Introduction family-centered model in Spain from a perspective from the life family quality. *Revista De Educacion Inclusiva*, 13(2), 9-21.
- Denis, F., Maurier, L., Carillo, K., Ologeanu-Taddei, R., Septans, A.-L., Gepner, A., Le Goff, F., Desbois, M., Demurger, B., Silber, D., Zeitoun, J.-D., Assuied, G. P., & Bonnot, O. (2022). Early Detection of Neurodevelopmental Disorders of Toddlers and Postnatal Depression by Mobile Health App: Observational Cross-sectional Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(5), e38181. <https://doi.org/10.2196/38181>
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales del País Vasco. (2016). *Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Boletín Oficial del País Vasco.
- Departamento de Servicios Sociales de Navarra. (2019). *Orden Foral 94/2019, de 9 de Septiembre, por la que se regula el Servicio de Atención Temprana del departamento de Derechos Sociales*. Boletín Oficial de Navarra.
- Dick, C. C., Ibañez, L. V., DesChamps, T. D., Attar, S. M., & Stone, W. L. (2022). Brief Report: Perceptions of Family-Centered Care Across Service Delivery Systems and Types of Caregiver Concerns About Their Toddlers' Development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(9), 4181-4190. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05248-6>
- Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. (2004). *La Atención Infantil Temprana en Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.

- Dirección General de la Organización Nacional de Ciegos Españoles. (2010). *Número monográfico extraordinario sobre atención temprana*. 58, 386.
- Dirección General de Salud Pública. (2017). *II Encuesta de Salud Infantil para Asturias. Limitaciones y discapacidades* (Informe breve 4). Dirección General de Salud Pública.
- du Plessis, D., Mahomed-Asmail, F., le Roux, T., Graham, M. A., de Kock, T., van der Linde, J., & Swanepoel, D. W. (2022). mHealth-Supported Hearing Health Training for Early Childhood Development Practitioners: An Intervention Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14228. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114228>
- Dunst, C., & Espe-Sherwindt, M. (2016). *Family-centered practices in early childhood intervention*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Dunst, C., & Trivette, C. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12, 119-143. <https://doi.org/10.1080/10522150802713322>
- European Agency for Special Needs and Inclusive Education. (2011). *Atención Temprana. Recomendaciones Clave*. https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-key-policy-messages_ECI-policy-paper-ES.pdf
- European Commission. (2023). *The impact of demographic change- in a changing environment*.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2003). *Libro Blanco de la Atención Temprana* (Real Patronato de Discapacidad). Real Patronato de Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2018). *Atención Temprana. La visión de los profesionales*. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/documentacion_participacion_ciu dadana/20200528_D5.pdf
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., & Laynez-Rubio, C. (2020). Eficacia de la intervención a través de telemedicina en Atención Temprana: Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 71(3), 81-90. <https://doi.org/10.33588/rn.7103.2020112>
- García, L. R., García, I. H., Rodero, P. de la M., Sánchez, C. D., & Carrillo, J. M. (2021). Atención temprana en tiempos de Covid-19: Investigar la/s realidad/es de la teleintervención en las prácticas centradas en la familia. *Siglo Cero*, 1, Article 1. <https://doi.org/10.14201/scero202152e75117>

- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2014). *Atención temprana centrada en la familia*. 45(3), 6-27.
- García-Ventura, S., Mas, J. M., Balcells-Balcells, A., & Giné, C. (2021). Family-centred early intervention: Comparing practitioners' actual and desired practices. *Child: Care, Health and Development*, 47(2), 218-227. <https://doi.org/10.1111/cch.12834>
- García-Ventura, S., Mas, J. M., Balcells-Balcells, A., & Giné, C. (2021). Family-centred early intervention: Comparing practitioners' actual and desired practices. *Child: Care, Health and Development*, 47(2), 218-227. <https://doi.org/10.1111/cch.12834>
- Giansanti, D. (2021). The Role of the mHealth in the Fight against the Covid-19: Successes and Failures. *Healthcare*, 9(1), 58. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010058>
- Gine, C., Gracia, M., Velaseca, R., & Garcia-Die, M. T. (2006). Rethinking early childhood intervention: Proposals for future development. *Infancia Y Aprendizaje*, 29(3), 297-313. <https://doi.org/10.1174/O21037006778147935>
- Giraldo-Huertas, & Schafer. (2021). Agreement and Reliability of Parental Reports and Direct Screening of Developmental Outcomes in Toddlers at Risk. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.725146>
- Gobierno de España. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado.
- Gobierno de España. (2011). *Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública*. Boletín Oficial del Estado.
- Gobierno del Principado de Asturias. (2022). *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021. Informe de evaluación final*. Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Gómez, G. R., Flores, J. G., & Jiménez, E. G. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*.
- Harris, S. R. (2016). Early identification of motor delay: Family-centred screening tool. *Canadian Family Physician*, 62(8), 629-632.
- Helle, C., Hillesund, E. R., Omholt, M. L., & Øverby, N. C. (2017). Early food for future health: A randomized controlled trial evaluating the effect of an eHealth intervention aiming to promote healthy food habits from early childhood. *BMC Public Health*, 17(1), 729. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4731-8>

- Houston, K. T., & Stredler-Brown, A. (2012). A Model of Early Intervention for Children with Hearing Loss Provided through Telepractice. *Volta Review*, 112(3), 283-296.
<https://doi.org/10.17955/tvr.112.3.m.710>
- Hughes-Scholes, C. H., & Gavidia-Payne, S. (2019). Early Childhood Intervention Program Quality: Examining Family-Centered Practice, Parental Self-Efficacy and Child and Family Outcomes. *Early Childhood Education Journal*, 47(6), 719-729. <https://doi.org/10.1007/s10643-019-00961-5>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia*. Notas de Prensa.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Pirámide de la población empadronada en España [Ica del Padrón Continuo]*. Instituto Nacional de Estadística.
- Jemes-Campana, I.-C., Romero-Galisteo, R.-P., Galvez-Ruiz, P., Labajos-Manzanares, M.-T., & Moreno-Morales, N. (2021). Service Quality in Early Intervention Centres: An Analysis of Its Influence on Satisfaction and Family Quality of Life. *Children-Basel*, 8(8), 716.
<https://doi.org/10.3390/children8080716>
- Jemes-Campaña, I.-C., Romero-Galisteo, R.-P., Gálvez-Ruiz, P., Labajos-Manzanares, M.-T., & Moreno-Morales, N. (2021). Service Quality in Early Intervention Centres: An Analysis of Its Influence on Satisfaction and Family Quality of Life. *Children*, 8(8), 716.
<https://doi.org/10.3390/children8080716>
- King, G., Curran, C. J., & Mcpherson, A. (2013). A four-part ecological model of community-focused therapeutic recreation and life skills services for children and youth with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 39(3), 325-336. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01390.x>
- Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(12), 1218-1223. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13546>
- Kronberg, J., Tierney, E., Wallisch, A., & Little, L. M. (2021). Early Intervention Service Delivery via Telehealth During COVID-19: A Research-Practice Partnership. *International Journal of Telerehabilitation*, 13(1), e6363. <https://doi.org/10.5195/ijt.2021.6363>
- Landolfi, E., Continisio, G. I., Del Vecchio, V., Serra, N., Burattini, E., Conson, M., Marciano, E., Laria, C., Franzè, A., Caso, A., Fetoni, A. R., & Malesci, R. (2022). NeonaTal Assisted Telerehabilitation (T.A.T.A. Web App) for Hearing-Impaired Children: A Family-Centered Care Model for Early Intervention in Congenital Hearing Loss. *Audiology Research*, 12(2), 182-190.

<https://doi.org/10.3390/audiolres12020021>

- Lee, J., Kaat, A. J., & Roberts, M. Y. (2022). Involving Caregivers of Autistic Toddlers in Early Intervention: Common Practice or Exception to the Norm? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(4), 1755-1770. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00246
- Li, Y., Wang, W., van Velthoven, M. H., Chen, L., Car, J., Rudan, I., Zhang, Y., Wu, Q., Du, X., & Scherpbier, R. W. (2013). Text Messaging Data Collection for Monitoring an Infant Feeding Intervention Program in Rural China: Feasibility Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12), e269. <https://doi.org/10.2196/jmir.2906>
- López-Rodríguez, M. M., Pérez-Álvarez, M., & López, E. (2021). La atención temprana en niños con discapacidad intelectual: Una revisión sistemática de la literatura. *Revista de Investigación en Educación*, 19(1), 65-82. <https://doi.org/10.6018/rie.433031>
- Martel-Santiago, C. R., Arencibia-Díaz, R. D., Romero-Requejo, A., Valle-Morales, L., Figueras-Falcón, T., García-Hernández, J. Á., & Martín-Martínez, A. (2020). Delivery in breech presentation: Perinatal outcome and neurodevelopmental evaluation at 18 months of life. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 255, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.020>
- Martínez, T. (2015). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación* [U]. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/TESISDOCTORALACPTMTZ.pdf>
- Martínez-Rico, G., García-Grau, P., Cañadas, M., & González-García, R. J. (2023). Social validity of telepractice in early intervention: Effectiveness of family-centered practices. *Family Relations*. <https://doi.org/10.1111/fare.12834>
- Martínez-Rico, G., García-Grau, P., Cañadas, M., & González-García, R. J. (2023). Social validity of telepractice in early intervention: Effectiveness of family-centered practices. *Family Relations*, 72(5), 2535-2550. Scopus. <https://doi.org/10.1111/fare.12834>
- Mas, J. M., Dunst, C. J., Hamby, D. W., Balcells-Balcells, A., García-Ventura, S., Baqués, N., & Giné, C. (2022). Relationships between family-centred practices and parent involvement in early childhood intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 37(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/O8856257.2020.1823165>
- McCarthy, M. (2013). The RIDBC Telepractice Training Protocol: A Model for Meeting ASHA Roles and Responsibilities. *Perspectives on Telepractice*, 3(2), 49-60. <https://doi.org/10.1044/teles3.2.49>

- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2021). Practitioners' Self-Assessment of Family-Centered Practice in Telepractice Versus In-Person Early Intervention. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(1), 46-57. <https://doi.org/10.1093/deafed/enaa028>
- Meisels, S. J., & Atkins-Burnett, S. (1999). Assessing Intellectual and Affective Development before Age Three: A Perspective on Changing Practices. *Food and Nutrition Bulletin*, 20(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/156482659902000104>
- Melvin, K., Meyer, C., & Scarinci, N. (2020). What does "engagement" mean in early speech pathology intervention? A qualitative systematised review. *Disability and Rehabilitation*, 42(18), 2665-2678. Scopus. <https://doi.org/10.1080/O9638288.2018.1563640>
- Miller, K., Berentson, G., Roberts, H., McMorris, C., & Needelman, H. (2022). Examining early intervention referral patterns in neonatal intensive care unit follow up clinics using telemedicine during COVID-19. *Early Human Development*, 172, 105631. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105631>
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1985). *Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial.*
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017a). *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). Serie informes monográficos.*
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017b). *Encuesta Nacional de Salud ENSE (p. 43) [Informe #1 Salud Mental].* <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España.* Real Patronato sobre Discapacidad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013a). *Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.*
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013b). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de personas con discapacidad y su inclusión social.* Boletín Oficial del Estado.
- Muthukaruppan, S. S., Cameron, C., Campbell, Z., Krishna, D., Moineddin, R., Bharathwaj, A., Poomariappan, B. M., Mariappan, S., Boychuk, N., Ponnusamy, R., MacLachlan, J., Brien, M., Nixon,

- S., & Srinivasan, S. R. (2022). Impact of a family-centred early intervention programme in South India on caregivers of children with developmental delays. *Disability and Rehabilitation*, 44(11), 2410-2419. <https://doi.org/10.1080/O9638288.2020.1836046>
- Núñez-Delgado, M. P., & Santamarina-Sancho, M. (2017). Propuesta de análisis crítico del discurso en entrevistas clínicas en profundidad. *Cinta de moebio*, 59, 198-210. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2017000200198>
 - Oliver, H., Seccurro, D., Dorich, J., Rice, M., Schwartz, T., & Harpster, K. (2023). "Even though a lot of kids have it, not a lot of people have knowledge of it": A qualitative study exploring the perspectives of parents of children with cerebral/cortical visual impairment. *Research in Developmental Disabilities*, 135, 104443. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104443>
 - Olsen, S., Fiechtl, B., & Rule, S. (2012). An Evaluation of Virtual Home Visits in Early Intervention: Feasibility of «Virtual Intervention». *Volta Review*, 112(3), 267-281. <https://doi.org/10.17955/tvr.112.3.m.702>
 - Organización de Naciones Unidas. (2015). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/aprobacion-agenda2030.pdf>
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*.
 - Organización Mundial de la Salud, & UNICEF. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate*. Organización Mundial de la Salud.
 - Organización Naciones Unidas. (s. f.). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*. Desarrollo Sostenible. Recuperado 20 de marzo de 2024, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 - Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
 - Park, H. I., Park, H. Y., Yoo, E., & Han, A. (2020). Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design. *Occupational Therapy*

International, 2020, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2020/1427169>

- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology* (pp. xiii, 169). Taylor & Francis/Routledge.
- Pearson, N., Finch, M., Sutherland, R., Kingsland, M., Wolfenden, L., Wedesweiler, T., Herrmann, V., & Yoong, S. L. (2022). An mHealth Intervention to Reduce the Packing of Discretionary Foods in Children's Lunch Boxes in Early Childhood Education and Care Services: Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), e27760. <https://doi.org/10.2196/27760>
- Pérez Andrés, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Revista española de salud pública*, 76(5), 373-380.
- Plena Inclusión España. (2020). *Cómo implementar la teleintervención en la atención temprana*.
- Popova, E. S., O'Brien, J. C., & Taylor, R. R. (2022). Communicating With Intention: Therapist and Parent Perspectives on Family-Centered Care in Early Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 7605205130. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049131>
- Qu, L., Chen, H., Miller, H., Miller, A., Colombi, C., Chen, W., & Ulrich, D. A. (2022). Assessing the Satisfaction and Acceptability of an Online Parent Coaching Intervention: A Mixed-Methods Approach. *Frontiers in Psychology*, 13, 859145. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.859145>
- Retamal-Walter, F., Waite, M., & Scarinci, N. (2022). Identifying critical behaviours for building engagement in telepractice early intervention: An international e-Delphi study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 57(3), 645-659. Scopus. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12714>
- Rose, J., Glazebrook, C., Wharrad, H., Siriwardena, A. N., Swift, J. A., Nathan, D., Weng, S. F., Atkinson, P., Ablewhite, J., McMaster, F., Watson, V., & Redsell, S. A. (2019). Proactive Assessment of Obesity Risk during Infancy (ProAsk): A qualitative study of parents' and professionals' perspectives on an mHealth intervention. *BMC Public Health*, 19(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6616-5>
- Sanidad y Consumo. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2010). *Modelo de Atención Temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco*.
- Sanz Tolosana, E., Oliva Serrano, J., Sanz Tolosana, E., & Oliva Serrano, J. (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 185-194. <https://doi.org/10.23938/assn.O945>

- Schertz, H. H., & Horn, K. (2018). Facilitating Toddlers' Social Communication from Within the Parent-Child Relationship: Application of Family-Centered Early Intervention and Mediated Learning Principles. En M. Siller & L. Morgan (Eds.), *Handbook of Parent-Implemented Interventions for Very Young Children with Autism* (pp. 141-154). https://doi.org/10.1007/978-3-319-90994-3_9
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy. *Child Development*, 81(1), 357-367. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>
- Shonkoff, J. P., Richter, L., Van Der Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An Integrated Scientific Framework for Child Survival and Early Childhood Development. *Pediatrics*, 129(2), e460-e472. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0366>
- Staiano, A. E., Newton, R. L., Beyl, R. A., Kracht, C. L., Hendrick, C. A., Viverito, M., & Webster, E. K. (2022). mHealth Intervention for Motor Skills: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 149(5), e2021053362. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053362>
- Subinas-Medina, P., Garcia-Grau, P., Gutierrez-Ortega, M., & Leon-Estrada, I. (2022). Family-centered practices in early intervention: Family confidence, competence, and quality of life. *Psychology Society & Education*, 14(2), 39-47. <https://doi.org/10.21071/psyse.v14i2.14296>
- Tinelli, M., Roddy, A., Knapp, M., Arango, C., Mendez, M. A., Cusack, J., Murphy, D., Canitano, R., Oakley, B., & Quidbach, V. (2023). Economic analysis of early intervention for autistic children: Findings from four case studies in England, Ireland, Italy, and Spain. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 66(1), e76. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2449>
- To, W.-M., & Lee, P. K. C. (2023). mHealth and COVID-19: A Bibliometric Study. *Healthcare*, 11(8), 1163. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081163>
- Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R., Brotherson, M. J., Winton, P., Roberts, R., Snyder, P., McWilliam, R., Chandler, L., Schrandt, S., Stowe, M., Bruder, M. B., Divenere, N., Epley, P., Hornback, M., Huff, B., Miksch, P., Mitchell, L., Sharp, L., & Stroup-Rentier, V. (2007). Family supports and services in early intervention: A bold vision. *Journal of Early Intervention*, 29(3), 187-206. <https://doi.org/10.1177/105381510702900301>
- UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Naciones Unidas Derechos Humanos.
- van der Zee, R. B., & Dirks, E. (2022). Diversity of Child and Family Characteristics of Children with

Hearing Loss in Family-Centered Early Intervention in The Netherlands. *Journal of Clinical Medicine*, 11(8), 2074. <https://doi.org/10.3390/jcm11082074>

- Vilaseca, R., Ferrer, F., Rivero, M., & Bersabé, R. M. (2021). Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices. *Frontiers in Psychology*, 12, 738463. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738463>
- Yang, H. W., Burke, M., Isaacs, S., Rios, K., Schraml-Block, K., Aleman-Tovar, J., Tompkins, J., & Swartz, R. (2021). Family Perspectives toward Using Telehealth in Early Intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(2), 197-216. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09744-y>
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., Rogers, S., Carter, A., Carver, L., Chawarska, K., Constantino, J., Dawson, G., Dobkins, K., Fein, D., Iverson, J., Klin, A., Landa, R., Messinger, D., Ozonoff, S., Sigman, M., Stone, W., Tager-Flusberg, H., & Yirmiya, N. (2009). Valoración y manejo clínico de los niños menores de 2 años de edad con sospecha de trastorno del espectro de autismo: Aportaciones de los estudios de lactantes de alto riesgo. *Pediatrics*, 67(5), 275-284.

INYPEMA LIVING LAB DE INNOVACIÓN SOCIAL

Este documento es uno de los resultados del proyecto Inypema Living Lab de Innovación Social, una iniciativa impulsada por la Clínica Universitaria Inypema de la Facultad Padre Ossó (centro adscrito de la Universidad de Oviedo), en colaboración con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias en el marco del Proyecto Texu.

El proyecto busca abordar las vulnerabilidades provocadas por desafíos demográficos y desequilibrios espaciales de Asturias, centrándose en la atención infantil temprana y la prevención de la dependencia en personas mayores en ámbitos rurales. Así, el objetivo del estudio es lograr la puesta en marcha de experiencias de innovación a través de la experimentación y la investigación.



Principado de
Asturias

Consejería de
Derechos Sociales
y Bienestar



Plan de Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU