

---

# Normativa d'atenció primerenca a la

## Comunitat Autònoma de les Illes Balears

---

**I Rosa M. Binimelis Henares**

*Pedagoga i directora del Centre Base d'Atenció a Persones amb Discapacitat i Dependència de la Direcció General d'Atenció a la Dependència*

### Resum

---

L'atenció a la infància, avui anomenada **Atenció Primerenca** quan ens referim a **infants** menors de 6 anys amb trastorns en el desenvolupament o amb risc de patir-ne i a les seves famílies; és un dels eixos fonamentals de l'acció de govern. La qual cosa respon a la reconeguda importància que té el **desenvolupament harmònic** dels nins i de les nines per al futur de la nostra societat. Amb la finalitat de poder donar una resposta el més immediata possible a la necessitat **d'intervenció** en aquest àmbit d'acord amb la disponibilitat dels recursos adients, hi ha una intenció manifesta d'elaborar una **normativa** que ho faci possible. Dins aquest context faig en el present article un desplegament legislatiu des dels anys setanta, quan encara es parlava d'estimulació precoç, fins a l'actualitat amb la imminent publicació del Decret pel qual es regula la xarxa pública i concertada d'atenció primerenca a l'àmbit de serveis socials de les Illes Balears.

Per començar, m'agradaria al·ludir al fet que curiosament sigui una persona que en aquests moments porta la direcció del Centre Base de Persones amb Discapacitat i Dependència, jo mateixa en aquest cas, qui parli de normativa d'atenció primerenca o precoç, quan aquest és un tema que avui dia es vol dissociar tant com sigui possible del concepte de discapacitat.

Ja en els anys setanta es parlava «d'estimulació precoç» per referir-se precisament a l'atenció primerenca. Aleshores, es parlava de la necessitat d'establir vincles entre les accions tècniques amb l'infant, el suport a la família i les iniciatives d'adequació a l'entorn. Tot plegat es reforça amb la publicació de la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'integració social del minusvàlid (LISMI), i ens trobam una altra vegada amb la paraula minusvàlid. Aquesta llei especifica que s'ha de garantir la rehabilitació medicofuncional i que aquesta ha de començar de manera immediata amb la detecció i el diagnòstic de qualsevol tipus d'anomalia o deficiència (art. 19.1).

L'origen de l'atenció precoç és oferir assistència terapèutica als infants que pateixen una determinada disminució i té l'objectiu de constituir-se en una alternativa important amb vista a reduir els efectes de la discapacitat.

Històricament, hi ha un nexa amb l'àmbit de serveis socials i una ubicació de l'atenció primerenca dins els mateixos centres que es dediquen a valorar la minusvalidesa, ara anomenada discapacitat, a partir de l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones amb situació de dependència. Amb aquesta llei es crea un sistema que configura un dret subjectiu fonamentat en els principis d'universalitat, equitat i accessibilitat per a totes les persones.

En aquest nou sistema, s'ha d'entendre l'atenció primerenca dels infants en situació de dependència com una prestació en termes de servei de prevenció de les situacions de dependència i promoció de l'autonomia personal.

A la nostra comunitat autònoma, l'atenció primerenca, pel que fa a intervenció, es treballa majoritàriament des de l'àmbit de serveis socials, la qual cosa ha permès desenvolupar un concepte d'atenció primerenca ampli i prou flexible com per ser adaptat a les necessitats dels infants i les seves famílies. Segurament, hauria estat molt diferent la seva evolució si s'hagués centralitzat més en els àmbits sanitaris o educatius, com ha succeït en altres comunitats autònomes.

Al Servei de Valoració i Atenció Precoç (SVAP), adscrit al Centre Base, hi ha un equip de valoració i un equip de tractament. Tot i que el primer equip també valora discapacitat i dependència d'infants menors de sis anys, això no implica una concepció restrictiva d'una atenció lligada a la discapacitat, sinó tot al contrari, tenim un concepte de l'atenció primerenca global, accessible i dirigi-

da, de forma àmplia, a la prevenció i el tractament dels trastorns del desenvolupament. Però, què entenem per atenció primerenca? D'acord amb el Llibre Blanc (2000), s'entén per atenció primerenca el conjunt d'intervencions adreçades a la població infantil de 0 a 6 anys, a la família i a l'entorn que té per objectiu prevenir les necessitats transitòries o permanents que presenten els infants amb trastorns en el desenvolupament o que tenen risc de patir-ne, i donar-hi resposta al més aviat possible. Aquestes intervencions, que han de considerar tots els aspectes de l'infant, han de ser planificades per un grup de professionals d'orientació interdisciplinària o transdisciplinària.

Dit d'una altra manera, l'atenció precoç treballa amb les persones en «edat d'infància» que, davant el que s'anomena procés de desenvolupament i estructuració psíquica, necessiten ser «acompanyades», juntament amb les seves famílies, per aconseguir endinsar-se en el camí no gens fàcil d'ubicar-se com a subjectes humans (Carles Celis, president de la Unió de Centres Catalans d'Atenció Precoç).

Parlam, per tant, de la necessitat d'una detecció immediata i d'una intervenció que no pot admetre demores. En aquests moments, aquesta és una de les preocupacions prioritàries de l'acció de govern en resposta a la importància cabdal que per al futur de la nostra societat té el desenvolupament harmònic dels infants. És una inversió important de futur.

L'estalvi en termes de costos personals, familiars, socials i econòmics que suposa una intervenció precoç i adequada que eviti i limiti les conseqüències d'un trastorn de desenvolupament és enorme, i justifica, de sobres, tota la inversió que es faci en aquest sentit.

Malgrat els anys de funcionament del Servei de Valoració i Atenció Precoç, és ara quan

podem parlar d'un canvi important en la direcció i l'estructura.

Seguint un ordre cronològic, ens situam a final de l'any 2007, amb una primera convocatòria de reunió promoguda per la Direcció General d'Atenció a la Dependència, en què es constitueix una comissió tècnica amb representants dels tres àmbits: sanitari, educatiu i social. El fruit de més d'un any de feina es tradueix en l'elaboració del Pla Integral d'Atenció Primerenca 2012.

Amb aquest pla, pretenem aconseguir una detecció i derivació més eficients, potenciar la coordinació i la cooperació amb tots els estaments que treballam en l'atenció primerenca, elaborar protocols comuns, establir un circuit que asseguri la continuïtat assistencial de l'infant, i un altre aspecte molt important: desenvolupar la investigació, la docència i la formació a partir del treball individual i d'equip establint una formació continuada dels professionals del servei que impliqui, d'una banda, conèixer diferents tècniques i experiències i, de l'altra, analitzar i discutir la pròpia metodologia de treball.

A hores d'ara, està a punt d'aprovar-se el **decret pel qual es regularà la xarxa pública i concertada d'atenció primerenca en l'àmbit de serveis socials de les Illes Balears**, el qual complirà la previsió legal i farà el desplegament reglamentari corresponent. A la part dispositiva, regula la naturalesa i el dret d'accés als serveis, el contingut, les persones que hi tenen dret, el procediment d'accés, els objectius, les funcions, el personal, els àmbits en què es presten els serveis i les condicions materials que han de complir els establiments, els serveis que conformen la xarxa bàsica de serveis socials de responsabilitat pública i, finalment, l'acreditació a l'efecte de dur a terme la concertació.

Pel que fa a la xarxa pública d'atenció primerenca, a més dels serveis propis de les dife-

rents administracions públiques, en aquest decret s'incideix directament en les entitats que dins l'àmbit dels serveis socials desenvolupen la intervenció integral en atenció primerenca. Es diferencia entre una unitat de diagnòstic infantil i atenció primerenca (UDIAP) i els centres i serveis de desenvolupament infantil i atenció primerenca (CDIAP). Aquests darrers poden ser públics o privats concertats (article 4).

La modalitat de **concert** implica un compromís de l'Administració amb el servei, el reconeixement de la seva dimensió pública i una garantia de continuïtat sota la responsabilitat de l'Administració.

Els centres i serveis que formen part de la xarxa de serveis socials de responsabilitat pública han d'estar acreditats (apartat 1 de l'article 9). Mentre no s'estableixin les condicions i els requisits d'acreditació, els serveis d'atenció primerenca que són de titularitat privada es poden concertar, sempre que estiguin inscrits en el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials i s'adaptin a la planificació establerta en aquest sector (disposició transitòria).

Precisament en aquests moments revisam **l'Esborrany de decret pel qual es regulen les condicions per a l'acreditació dels serveis de desenvolupament infantil i d'atenció primerenca**.

Cal destacar, a partir de la regulació establerta en el Decret dels centres d'atenció primerenca públics o finançats amb fons públics, la intenció de potenciar la coordinació i la cooperació amb els centres i serveis d'ensenyament i de la xarxa sanitària per tal d'assolir una atenció global de les necessitats de l'infant i la seva família (preàmbul). Ho corroboren algunes de les funcions atribuïdes a la UDIAP (apartats *d*), *f*) *g*) i *h*) de l'article 6), d'altres que estan atribuïdes als CDIAP (apartats *d*) i *e*) de l'article 8), i la constitució de la Comissió Tècnica de Coordinació Interdepartamental (article 16).

Podríem comentar el fet que hi hagi dos models bàsics de funcionament dels CDIAP: un model que podem anomenar centralitzat i una altre que podem anomenar descentralitzat. El primer és el més estès entre els CDIAP de l'Administració.

Un **model centralitzat** es caracteritza pel fet que hi ha uns professionals que tenen fonamentalment la responsabilitat de diagnosticar i dissenyar la intervenció terapèutica, mentre que la resta té com a funció principal aplicar el programa terapèutic individualitzat o programa individual d'atenció (PIA) (apartat 1 de l'article 12).

Un **model descentralitzat** es caracteritza per la participació de la majoria dels professionals en totes les fases del procés assistencial. Evidentment, les diferències metodològiques, de composició professional i econòmiques que es deriven de cada model són considerables.

La pregunta ara seria quin model s'implanta amb aquest decret a la nostra comunitat. Només una anàlisi molt superficial d'aquest document ens conduiria a identificar-lo amb el primer model esmentat, ja que ens trobam amb una unitat (la UDIAP) que serà la responsable d'emetre la proposta de resolució, s'entén d'alta i de baixa, del procediment d'intervenció (apartat b) de l'article 6) de tots els casos que es treballin directament en els centres dependents de l'Administració o en els centres concertats.

Aquesta unitat ha d'estar composta per professionals especialitzats en el desenvolupament infantil, de manera que es cobreixin les àrees de neuropediatria, medicina rehabilitadora, psicologia, treball social i logopèdia (apartat 2 de l'article 5). Aquests professionals adscrits al Centre Base d'Atenció a Persones amb Discapacitat i Dependència de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració (apartat 3 de l'article 5) no inter-

venen en l'aplicació del programa terapèutic individualitzat (PIA) (apartats 1 i 4 de l'article 12); això no obstant, partint de la premissa que tots els professionals que treballam en atenció primerenca compartim que el **diagnòstic és evolutiu**, no es pot separar o independitzar l'equip de valoració i diagnòstic de l'equip de teràpia.

A l'SVAP aquests dos grups de professionals (hi convergeixen la UDIAP i el CDIAP) feim feina conjuntament i formam un equip multidisciplinari i interdisciplinari, concepte, aquest darrer, que va molt més enllà de la simple suma de diferents especialitats.

Què succeeix quan tots dos no convergeixen, com és el cas de tots els altres CDIAP concertats? Aquests CDIAP disposen dels mateixos professionals (apartat 2 de l'article 7) que els primers, que són i seran en molts de casos els qui reben primerament la demanda, s'entrevisten amb la família, analitzen els informes aportats, fan els contactes corresponents amb les entitats sanitàries i/o educatives per recollir més informació i exploren l'infant. Tot plegat queda reflectit en l'apartat a) de l'article 8 i també en l'apartat 1 de l'article 12, en què consta que la UDIAP pot sol·licitar els informes que consideri pertinents a qualsevol dels sectors implicats. Per tant, en aquest segon cas també una majoria de professionals participen en totes les fases del procés assistencial d'acord amb un model descentralitzat. També s'evita la duplicitat en les intervencions i el desplaçament innecessari de la família amb l'infant.

Aquesta darrera matisació és important, perquè la sectorització és un dels principis de l'atenció primerenca reconeguts en el Llibre Blanc i un dels aspectes més reivindicats pel GAT (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana). La participació dels CDIAP en gairebé totes les fases del procés assistencial permet una proximitat territorial i una atenció directa a

totes les illes (apartat 1 de l'article 5 i apartat 5 de l'article 7).

A partir de l'anàlisi de les funcions dels CDIAP (article 8), es poden observar una multitud d'aspectes que s'inclouen en l'activitat habitual del CDIAP, els quals, sense abandonar l'activitat assistencial com a eix central, van des de la coordinació amb la resta de dispositius de la zona fins a la recerca i la docència per formar els professionals i actualitzar-ne els coneixements. Tot això s'haurà de regular en el plec de clàusules amb vista a la nova concertació de places.

Retornem a un dels aspectes fonamentals del Decret: els serveis d'atenció primerenca s'adrecen a tota la població infantil amb residència habitual a les Illes Balears (apartat 1 de l'article 2) que presenta trastorns en el desenvolupament o que es troba en situació de risc de patir-ne, amb independència de quina sigui la causa.

Aquests primers anys de la vida d'un infant són moments molt valuosos per intervenir de forma ràpida, continuada i periòdica, en cas necessari.

El desenvolupament i l'estructuració psíquica, allò biològic i allò simbòlic, són fenòmens que es produeixen en un temps determinat.

Amb referència a aquest aspecte, no es poden admetre demores; el temps fixat per valorar l'infant des que entra la sol·licitud és d'un màxim de 30 dies (apartat 2 de l'article 12).

Però, de quin volum de població parlem? Feim referència a la **població diana** següent:

- Infants afectats de qualsevol disminució o retard en el desenvolupament.
- Infants afectats de trastorns mentals o problemàtiques amb relació a la salut mental.

- Infants afectats d'anomalies en el desenvolupament.
- Infants que es troben en situació d'alt risc de patir qualsevol de les afeccions anteriorment esmentades.

Ara no és el moment de parlar de xifres, tot i que esmentaré només alguns percentatges aproximats que ens poden ajudar a definir estratègies d'actuació. No és fàcil concretar les xifres quan parlem d'un concepte tan ampli i ambigu com els trastorns del desenvolupament. Això no obstant, es poden fer algunes deduccions a partir de diversos estudis elaborats amb prou garanties de rigor científic. Hi ha un elevat consens a l'hora de situar la prevalença en el 7,5% de la població menor de sis anys. Aquest percentatge es pot desglossar de la manera següent:

- Un 2,5% correspondria a trastorns del desenvolupament greus i instaurats, susceptibles de produir algun tipus de discapacitat permanent (coincideix amb el percentatge estimat per l'OMS en països del nostre entorn).
- Un altre 2,5% correspondria a infants amb trastorns més lleus o transitoris, que no condueixen, necessàriament, a una discapacitat permanent, però no per això menys importants i influents en el desenvolupament de l'infant.
- Un altre 2,5% correspondria a infants en situació de risc, biològic o social, de patir algun trastorn capaç de comprometre'n el desenvolupament.

Hi ha una tendència a revisar aquestes dades a l'alça, com a conseqüència de l'extensió de nous factors pertorbadors i canvis en la realitat familiar i social, com, per exemple, la supervivència d'infants molt prematurs, noves realitats familiars, immigració, adopció d'infants d'altres cultures, etc., malgrat que no tota la població potencial usa la xarxa pública d'atenció primerenca.

En atenció primerenca sempre parlem dels infants menors de 6 anys i de les seves **famílies**. Les funcions atribuïdes tant a la UDIAP (apartat c) de l'article 6) com als CDIAP (apartats f, g) i h) de l'article 8) així ho reflecteixen. La manera com es treballa amb la família marca una diferència importantíssima respecte a la manera d'abordar el tema des dels àmbits sanitari i educatiu.

El rol de la família és fonamental en els primers anys de vida de l'infant, tant en l'aspecte de les necessitats (tenir-ne cura) com en la construcció subjectiva. La interacció familiar és vital en el creixement de l'infant mitjançant la funció materna i la funció paterna, que formen un eix de treball imprescindible en aquestes edats. Hi ha, per tant, una participació activa dels pares o dels representats legals de l'usuari en el procés d'atenció terapèutica.

Per acabar, vull expressar el meu agraïment a l'equip de govern actual per brindar-me l'oportunitat de contribuir a l'edició d'un dels exemplars d'aquesta revista amb un tema tan esperat per tots els professionals que feim feina en el món de l'atenció primerenca com és l'aparició de la primera normativa que la regula a les Balears i tan important per al futur de la nostra societat. Tot plegat és fruit de l'elevat grau de receptivitat que tenen els nostres governants respecte a les propostes que provenen de tots els professionals i les entitats relacionades amb l'àmbit de l'atenció primerenca.

### **Bibliografia:**

ALONSO, J.M. «Atención temprana». A: AD. *Realizaciones sobre discapacidad en España*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 1997.

FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA – GAT. *Organización diagnóstica para la atención temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005.

GOVERN DE LES ILLES BALEARS. CONSELLERIA DE PRESIDÈNCIA I ESPORTS. DIRECCIÓ GENERAL DE L'OFICINA DE DEFENSA DELS DRETS DEL MENOR. «Atenció primerenca. Guia per a les famílies». Govern de les Illes Balears, 2007.

GENERALITAT DE CATALUNYA. «Àrea de serveis: centres de desenvolupament infantil i atenció precoç. Indicadors d'avaluació de qualitat». Generalitat de Catalunya, 2001.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. *Libro blanco de la atención temprana*. (2000). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, 2000. (Colección Documentos, núm. 55.)

«La atención temprana». *Revista Minusval*. Setembre-octubre de 2006, núm. 159. Imsero. Ministeri de Treball i Afers Socials.

LÓPEZ TORRIJOS, M; CARBONELL PERIS, R. *Jornadas Nacionales «Veinte Años después de la LISMI»*. *La integración educativa y social (Valencia, 2003)*. Barcelona: Ariel, 2005.

«Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2007», aprovat pel Consell de Ministres de 16 de juny de 2006. Ministeri de Treball i Afers Socials.

«Recerca sobre l'atenció primerenca a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears». Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació. Universitat de les Illes Balears.