



# BOLETÍN OFICIAL

El texto del Boletín Oficial del Parlamento de Canarias puede ser consultado gratuitamente a través de Internet en la siguiente dirección: <http://www.parcn.es>

## SUMARIO

### PROPOSICIONES DE LEY

EN TRÁMITE

**9L/PPL-0030** De los **GGPP Socialista Canario, Nacionalista Canario (CC-PNC), Popular, Podemos, Nueva Canarias (NC) y Mixto**, por la que se regula la atención temprana en Canarias.

Página 1

### PROPOSICIÓN DE LEY

EN TRÁMITE

**9L/PPL-0030** De los **GGPP Socialista Canario, Nacionalista Canario (CC-PNC), Popular, Podemos, Nueva Canarias (NC) y Mixto**, por la que se regula la atención temprana en Canarias.

(Registro de entrada núm. 9727, de 30/10/2018).

#### Presidencia

La Mesa del Parlamento, en reunión celebrada el día 8 de noviembre de 2018, adoptó el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia:

#### 1.- PROPOSICIONES DE LEY

1.1.- De los GGPP Socialista Canario, Nacionalista Canario (CC-PNC), Popular, Podemos, Nueva Canarias (NC) y Mixto, por la que se regula la atención temprana en Canarias.

Acuerdo:

En conformidad con lo previsto en los artículos 134 y 135 del Reglamento de la Cámara, se acuerda admitir a trámite la proposición de ley de referencia, a la que se acompaña exposición de motivos, ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento y remitir al Gobierno a los efectos previstos en el artículo 135.2, 3 y 4 del Reglamento.

De este acuerdo se dará traslado a los autores de la iniciativa. Asimismo, se trasladará al Gobierno a los efectos señalados.

En ejecución de dicho acuerdo y en conformidad con lo previsto en el artículo 107 del Reglamento del Parlamento de Canarias, dispongo su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento.

En la sede del Parlamento, a 9 de noviembre de 2018.- PD EL SECRETARIO GENERAL, Salvador Iglesias Machado.

#### A LA MESA DE LA CÁMARA

Los grupos parlamentarios abajo firmantes, de conformidad con lo establecido en el artículo 134 y siguientes del Reglamento del Parlamento de Canarias, presentan la siguiente proposición de ley por la que se regula la atención temprana en Canarias, para su tramitación ante el Pleno.

En el Parlamento de Canarias, a 25 de octubre de 2018.- LA PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA CANARIO, María Dolores Corujo Berriel. EL PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO NACIONALISTA CANARIO (CC-PNC), José Miguel Ruano León. LA PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR, María Australia Navarro de Paz. LA PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO PODEMOS, Noemí Santana Perera. EL PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO NUEVA CANARIAS, Román Rodríguez Rodríguez. EL PORTAVOZ DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO, Casimiro Curbelo Curbelo.

# PROPOSICIÓN DE LEY POR LA QUE SE REGULA LA ATENCIÓN TEMPRANA EN CANARIAS

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I

La actual proposición de Ley de atención temprana surge del reconocimiento de las dificultades de la atención temprana en Canarias y de la necesidad de solucionarlas, no solo bajo una perspectiva científica y teórica sino también desde las situaciones reales y cotidianas que encuentran los niños y sus familias y los profesionales.

La atención temprana es tan importante y afecta a tantos miles de menores en Canarias que es necesaria una ley: la ley precisa consenso, obliga y perdura. Su posterior desarrollo introducirá los mecanismos oportunos, pero siempre dentro del marco de la ley, que nos garantiza que la atención temprana no dependerá de los cambios políticos ni de una sola firma. No entramos en polémica sobre las bondades de decretos o planes ni sobre que es más rápido, que no siempre es lo mejor. Simplemente que la atención temprana merece una ley que siga las directrices de la Resolución de 25 de julio de 2013, BOE de 2 de agosto de 2013, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

La sociedad ha experimentado grandes cambios a todos los niveles, fruto de los esfuerzos de la ciudadanía, de iniciativas públicas y de los avances científicos. En este contexto es necesario que el compromiso con aquellos sectores sociales más vulnerables se plasme en la legislación y en la acción institucional. La intervención en la población infantil con alteraciones en su desarrollo, constituye un instrumento imprescindible para lograr su máxima autonomía futura y superar las desigualdades.

El Libro Blanco de la Atención Temprana define la atención temprana como “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 y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos”.

Las intervenciones en atención temprana deben considerar la globalidad del menor y siempre se ha de contar con un equipo interdisciplinar.

En este concepto adquiere especial relevancia la atención integral al menor, siendo imprescindibles las actuaciones hacia la familia y el entorno. El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. La base genética específica de cada persona establece unas capacidades propias de desarrollo. Los factores ambientales van a modular o incluso determinar la posibilidad o no de la expresión o latencia de algunas características genéticas.

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

Las administraciones deben definir sus competencias y responsabilidades en un marco legal y han de lograr un alto grado de eficacia en la calidad de la planificación, racionalidad de la gestión y financiación, siendo permeables a los avances científicos y a las aportaciones de los profesionales y las familias.

Diversos estudios e investigaciones han demostrado el alto retorno humano, social y económico que generan las actuaciones tempranas para un mejor desarrollo infantil. Según el estudio realizado por el *Pew Research Center of Washington*, por cada dólar invertido en el desarrollo infantil retornan 7 a lo largo de la vida de ese niño o niña.

Los menores con problemas en su desarrollo son sujetos de pleno derecho de nuestra sociedad, amparados legalmente en el ámbito internacional y derecho comparado, ámbito nacional y ámbito autonómico.

Al ser los trastornos del desarrollo un problema de salud, aunque en su abordaje estén también implicados los ámbitos sociales y educativos, el seguimiento de menores de riesgo, el proceso diagnóstico y la atención/intervención temprana como tratamiento de los trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos están ubicados en el ámbito sanitario, deben contar con la necesaria coordinación de la Consejería de Educación y la Consejería de Servicios Sociales.

### II

No son numerosos los precedentes legislativos relacionados con la implantación de la atención temprana en España.

En el ámbito internacional, encontramos diversos referentes que apoyan la iniciativa que pretende desarrollar la presente ley. Así, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y transpuesta al ordenamiento jurídico español mediante instrumento de ratificación aprobado por las Cortes Generales el 30 de noviembre de 1990, establece a lo largo de sus 54 artículos que los niños son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social. Pero, especialmente, es en su artículo 6 de la Parte I cuando establece que “*los Estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño*”, para posteriormente, en el artículo 23, señalar lo siguiente:

“1. Los Estados partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. (...) reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño, que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado, de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

3. (...) la asistencia que se preste (...) será gratuita siempre que sea posible, (...), y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible”.

Posteriormente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y ratificada por España en abril de 2007, establece en su artículo 25 que los Estados partes “proporcionarán los servicios de salud (...) incluidas la pronta detección e intervención cuando proceda y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas”. Por su parte el artículo 26 redonda en que los servicios y programas “comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de las personas”.

También la Unión Europea, a través de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión, establece medidas similares para las personas con discapacidad, para que se beneficien de medidas que garanticen una adecuada integración social (artículo 26 de la Carta) y en la misma línea se va a pronunciar el artículo 7 de la Estrategia Europea sobre discapacidad (2010-2020) cuando, en su artículo 7, reconoce a las personas con discapacidad el acceso a la asistencia de carácter preventivo y a beneficiarse de unos servicios sanitarios y de rehabilitación específicos que sean asequibles y de calidad.

Como podemos constatar por las referencias internacionales anteriormente señaladas, se abunda en la protección de las personas con discapacidad. Sin embargo, y como se hacía constar al inicio de esta exposición de motivos, las definiciones que tanto desde la Organización Mundial de la Salud como las recogidas en la misma línea por el Libro Blanco de la Atención Temprana, establecen ésta como algo más amplio que la declaración de discapacidad en esa persona, pues hallaremos niños y niñas susceptibles de beneficiarse de la referida intervención, que no llegarán a tener la consideración de personas con discapacidad. Será por tanto la presente ley, la que eleve ese concepto a la categoría de derecho subjetivo y permita salvar dicha falta de cobertura objetiva del concepto de la intervención en atención temprana.

A nivel estatal tampoco se encuentra un referente concreto que permita identificar la atención temprana como un derecho en sí mismo. Así, la Constitución española de 1978, tras afirmar con rotundidad en el artículo 9.2 que “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”, no será hasta el artículo 49 cuando, en línea con lo anteriormente recogido a través de los organismos internacionales antes mencionados, haga una mención genérica a los aspectos que tratamos en esta ley, al señalar que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”, todo ello lejos, evidentemente, de cualquier mención a la, por aquella época incipiente, atención temprana.

Sin embargo, textos posteriores como la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, tampoco hace una mención expresa a la realidad de la atención temprana, como tampoco la hace la Ley de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Integración Social (aprobada mediante Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre) por la que se deroga la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI), la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Liondau) y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta ley de derechos de las personas con discapacidad, dedica su artículo 11 a la prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, que, según la ley constituye un derecho y un deber de todo ciudadano y de la sociedad en su conjunto y formará parte de las obligaciones prioritarias del Estado en el campo de la salud pública y de los servicios sociales. Estableciendo de manera directa que las administraciones públicas competentes promoverán planes de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, y que en dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, incluida la salud mental infanto-juvenil, asistencia geriátrica, así como a la seguridad y salud en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental.

No se recoge una mención expresa a la atención temprana hasta el Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el 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, que en su modificación de los párrafos primero y segundo del apartado 4 del artículo 6, recoja:

“4. En particular son servicios de promoción de la autonomía personal, además de los previstos en el apartado 2, los siguientes:

- a) *Habilitación y terapia ocupacional.*
- b) *Atención temprana.*
- c) *Estimulación cognitiva.*
- d) *Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.*
- e) *Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.*
- f) *Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria”.*

No obstante, de nuevo, como ya se había señalado en el caso de la discapacidad, esta mención queda acotada para aquellas personas (en nuestro caso, niños y niñas hasta los 6 años de edad), que recibiesen tal certificación de personas en situación de dependencia. Esto es precisamente lo que la presente ley, como ya se apuntó, pretende solventar, extendiendo el concepto de la ley a la atención temprana como un derecho subjetivo, motivado por la circunstancia específica en la que se encuentra el niño o niña respecto a su desarrollo personal, y no por el hecho de ser o no calificado como en situación de discapacidad o, en este caso, en situación de dependencia.

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de Canarias, no ha visto desarrollado una actuación específica en materia de atención temprana más allá de la referencia al desarrollo de la legislación específica de ámbito estatal relacionado tanto con la calificación de persona en situación de discapacidad, como de persona en situación de dependencia, recogida en la Ley 1/1997, de 7 de febrero, referida a la Atención Integral a los Menores de Canarias. En este sentido se entiende necesaria una regulación propia de la atención temprana en nuestra comunidad.

### III

La ley consta de dieciocho artículos, distribuidos en tres títulos. En el título preliminar se incluyen las disposiciones generales y se divide en tres capítulos. El título II hace referencia al seguimiento de menores de riesgo y Atención/Intervención Temprana. El título III hace referencia a la coordinación entre las distintas administraciones. Además consta de cuatro disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y dos disposiciones finales.

#### TÍTULO PRELIMINAR

##### CAPÍTULO I

##### DISPOSICIONES GENERALES

#### **Artículo 1. Objeto.**

La presente ley tiene por objeto:

- a) Establecer una regulación que permita delimitar las competencias y las responsabilidades en materia de atención temprana, encaminada hacia una atención integral a los menores de 0 a 6 años, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.
- b) Regular las actuaciones en atención temprana como una red integral de responsabilidad pública y de carácter universal y gratuito.
- c) Establecer un marco referencial que permita la necesaria coordinación entre los sectores sanitarios, sociales y educativos implicados.

#### **Artículo 2. Conceptos en la atención temprana.**

1. 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 y las niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del menor, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

2. El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

3. Recién nacidos con factores de riesgo psiconeurosensorial prenatal o perinatal: menores que como consecuencia de sus antecedentes durante el embarazo, el parto o el periodo neonatal tienen más probabilidades de presentar trastornos del desarrollo.

4. Menores de riesgo de trastornos del desarrollo: niños o niñas de 0 a 6 años que, en cualquier momento presentan signos de alerta significativos de trastornos específicos del desarrollo.

5. Menores de riesgo biológico-social. Se consideran de riesgo biológico aquellos menores que durante el periodo pre, peri o postnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, tiendo más probabilidades de presentar en los primeros años de vida problemas de desarrollo, ya sean psíquicos, motores, sensoriales o de comportamiento, y pudiendo ser éstos transitorios o definitivos.

6. Los menores de riesgo psicosocial son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo.

7. Carácter global. En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del menor en todos los ámbitos y no sólo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En atención temprana se ha de considerar al menor en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social, integrando y coordinando las actuaciones de los sectores implicados.

8. Diagnóstico etiológico: nos informa sobre las causas de los trastornos funcionales, del síndrome identificado o entidad patológica. Delimitar la etiología precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios y de diferentes especialistas.

9. Diagnóstico sindrómico: está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. Permite conocer las estructuras neurológicas, psíquicas o sensoriales responsables del trastorno y orienta hacia su etiología.

10. Diagnóstico funcional: constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos y disfunciones. Es la información básica para comprender la problemática del menor, considerando sus capacidades, su familia y su entorno. Es imprescindible para elaborar los objetivos y las estrategias de intervención.

11. Equipo interdisciplinar: Es el formado por profesionales de distintas disciplinas en el que existe un espacio formal para compartir la información. Las decisiones y la planificación se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes.

12. Equipo transdisciplinar. Es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al menor y/o el contacto directo con la familia.

13. Unidades de seguimiento y neurodesarrollo: responsables del seguimiento protocolizado de los menores hasta los 6 años de edad con antecedentes de riesgo psico-neuro-sensorial prenatal o perinatal o con riesgo de trastornos en el desarrollo detectado en etapas postnatales y del proceso diagnóstico etiológico, sindrómico y funcional, ubicadas en pediatría de atención especializada del scs en coordinación con otras especialidades implicadas, pediatría de atención primaria y los centros de atención e intervención temprana.

14. Centros de atención e intervención temprana: responsables del tratamiento de atención/intervención temprana a menores de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o en situación de riesgo por presentar signos de alerta significativos.

15. Plan Individualizado de Atención Temprana (PIAT): propuesta de intervención interdisciplinar orientada al menor, familia y entorno, basada en un plan personalizado que contemple la intervención en los diferentes contextos donde se desenvuelve el menor. Nunca estará determinado de antemano en función sólo de un diagnóstico sindrómico o etiológico, sino considerando la individualidad de cada niño o niña y su contexto sociofamiliar.

## CAPÍTULO II

### POBLACIÓN DESTINATARIA, PRINCIPIOS, FINALIDAD, OBJETIVOS Y CONTENIDOS

#### **Artículo 3. Población destinataria.**

Son destinatarios de las intervenciones en atención temprana los menores de 0 a 6 años de edad con trastornos en su desarrollo o en situación de riesgo de padecerlos, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, así como su familia y su entorno en los términos previstos en esta ley.

Será posible prolongar la permanencia del menor en el servicio de atención temprana, previo informe favorable, del órgano competente en la prestación de atención temprana.

Los menores extranjeros recibirán atención temprana en las mismas condiciones que los españoles.

#### **Artículo 4. Principios rectores.**

La intervención integral en atención temprana se fundamenta en los siguientes principios rectores:

a) Universalidad: acceso al servicio de todas las personas que reúnan los requisitos establecidos en el artículo anterior.

b) Gratuidad: la prestación de los servicios de atención temprana no está sujeta a contraprestación económica alguna por parte de las personas usuarias, estando expresamente prohibido el copago o la obligatoriedad de participar económicamente en las actividades o el mantenimiento de las instituciones, centros o entidades gestoras mediante cuotas o donaciones.

La distribución de los recursos tendrá en cuenta la diversidad de esta comunidad autónoma, de forma que se consideren la realidad demográfica y geográfica, así como las necesidades de todos los menores y familias.

c) Diálogo, integración y participación: la integración familiar, escolar y comunitaria del menor es un objetivo, pero a la vez un agente activo en su desarrollo. La colaboración con la familia es una actitud básica, desde el respeto a su cultura, valores y creencias. Se debe estimular a la familia a expresar sus necesidades, recibir información y participar activamente.

d) Igualdad de oportunidades: toda la población infantil de 0 a 6 años y sus familias tienen el mismo derecho de promoción y desarrollo, sean cuales sean sus capacidades, lugar de residencia, circunstancias familiares, sociales, económicas, religiosas o de cualquier otra índole, sin que quepa discriminación de ningún tipo.

e) Responsabilidad pública: las intervenciones en atención temprana son responsabilidad de la administración pública, correspondiendo a la misma destinar los recursos financieros técnicos y humanos necesarios para proporcionar crear una red pública de<sup>1</sup> atención temprana de calidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.

f) Globalidad y atención integral: la intervención en atención temprana tiene que ser global, teniendo en cuenta el desarrollo integral del menor. Abarcará todos los aspectos propios de cada individuo: psicomotores, sensoriales, perceptivos, cognitivos, comunicativos, afectivos y sociales, así como los relacionados con su entorno donde se sitúan la familia, la escuela y la sociedad.

g) Planificación y coordinación: actuación conjunta, integral, coherente y de optimización del sistema sanitario, el sistema educativo y los servicios sociales que intervienen en la atención integral de la atención temprana al menor. Por ello, entre de los sistemas implicados: el sanitario, el educativo y los servicios sociales se deben establecer mecanismos de coordinación en la intervención integral en atención temprana con protocolos básicos de derivación e intercambio y registros de información. Esta coordinación tiene especial importancia a la hora de la detección, y a lo largo del proceso de seguimiento e intervención del menor y de su familia.

h) Descentralización: el acceso a la atención temprana, debe ser inmediato y fácil para cualquier familia que sea susceptible de este servicio. Con el fin de evitar cualquier tipo de discriminación, los servicios de atención temprana deben estar próximos a los ciudadanos, lo cual evitará desplazamientos frecuentes y trasiegos continuos a las familias y a los propios menores.

i) Sectorización: el principio de sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación ajustada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat. Funcionalidad y calidad operativa y volumen suficiente de la demanda.

j) Interdisciplinariedad y cualificación profesional: la atención temprana se ha convertido en una realidad tan amplia y tan compleja, que es difícil que una sola persona sea capaz de abarcar todos sus contenidos. Es, por tanto, imprescindible que, aun teniendo siempre presente el criterio de globalidad, el equipo de atención temprana esté formado por profesionales de distintas disciplinas, expertos en los diferentes ámbitos que se abordan. Este enfoque, además de beneficiar al menor porque su tratamiento va a ser más completo y eficaz, enriquece a los propios profesionales que pueden adquirir conocimientos de otras disciplinas, teniendo así una perspectiva más amplia de su propia labor. Este equipo compartirá un espacio, un tiempo y un objetivo en común.

k) Inclusión. Uno de los objetivos de mayor alcance pasa por potenciar el desarrollo del niño y de la niña en los distintos ámbitos de su vida. La integración familiar, escolar y comunitaria, implica el respeto a su condición de sujeto activo y la aceptación de los modos alternativos de ser.

l) Interés superior del menor. En cualquier conflicto de intereses, son los derechos del menor y no otros los que deben primar en cualquier actuación.

m) Sostenibilidad. Para garantizar su permanencia en el tiempo, la intervención integral en atención temprana deberá planificarse siguiendo criterios de sostenibilidad y eficiencia económicas.

n) Prevención, promoción y protección del desarrollo infantil.

## **Artículo 5. Finalidad y objetivos específicos de la atención temprana.**

1. La finalidad de la atención temprana, es que los menores que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos y sus familias, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

2. Son objetivos específicos de la atención temprana:

a) Reducir los efectos de un trastorno del desarrollo sobre el conjunto global del desarrollo del menor.

b) Optimizar el curso del desarrollo del niño y la niña y su grado de autonomía, considerando al menor y a su familia como sujetos activos de la intervención, y a la familia como el principal agente impulsor del desarrollo del menor.

c) Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.

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

---

(1) Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública Canaria (ADSPC).

- e) Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el menor.
- f) Considerar al niño y a la niña como sujeto activo de la intervención.
- g) Garantizar que cada menor cuente con una atención individualizada e integral.
- h) Desarrollar y mantener los estándares de calidad en la prestación del servicio de atención temprana.

#### **Artículo 6. Contenido.**

La atención temprana comprende actuaciones encaminadas a:

- a) Prevenir situaciones de riesgo de trastornos del desarrollo.
- b) Detección precoz de los factores de riesgo y de los signos de alerta del desarrollo.
- c) Diagnóstico precoz etiológico, sindrómico y funcional de los trastornos del desarrollo y los signos de alerta.
- d) Evaluación de la situación y necesidades del menor, familia y entorno.
- e) Atención precoz, individualizada e interdisciplinar al menor, familia y entorno.
- f) Orientación y apoyo familiar.
- g) Coordinación con los agentes implicados en la atención de los sectores.

### CAPÍTULO III

#### INTERVENCIÓN Y COMPETENCIAS

#### **Artículo 7. Niveles de intervención.**

La atención temprana se organiza en los siguientes niveles de intervención de carácter axial, que deberán prestarse de una manera integrada a través de un dispositivo interdisciplinario o transdisciplinario:

a) Prevención primaria. Tiene por objeto evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil realizando programas de información y formación general. Se refiere a actuaciones preventivas para la población general en edad fértil y el entorno con objeto de evitar la aparición de riesgos que afecten al desarrollo normal del menor.

b) Prevención secundaria. Tiene por objeto detectar y efectuar un diagnóstico precoz de los trastornos y de las situaciones de riesgo en el desarrollo infantil con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas que de ello puedan derivarse.

c) Prevención terciaria o fase de intervención. La prevención terciaria agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y la niña y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Se dirige al menor, a su familia y a su entorno, y con ella se deben atenuar o superar los trastornos o disfunciones en el desarrollo, prevenir trastornos secundarios y modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño y la niña.

#### **Artículo 8. Modalidades de intervención.**

La intervención en la atención temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades:

a) Atención directa: es aquella que exige la participación activa e inmediata de los profesionales en la ejecución de las actuaciones que se haya determinado previamente, que son necesarias para la atención individualizada e integral del menor. Esta podrá llevarse a cabo tanto en los centros de tratamiento, como en los diferentes contextos naturales donde el menor se desenvuelve. Se consideran también atención directa las orientaciones y pautas que los profesionales dan a las familias como parte del proceso de intervención con el menor.

b) Atención sociofamiliar: es aquella destinada a la familia de forma individual o en grupo para responder a necesidades más específicas detectadas en el proceso de evaluación previa del menor y su entorno familiar.

c) Atención en el proceso de escolarización: es aquella dirigida a los menores que inician su escolarización y en la que es necesaria la coordinación entre los profesionales que han atendido al menor en el centro de tratamiento, los responsables de la prescripción y revisión de la intervención, complementándose con los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, de forma que se ofrezcan al menor y a su familia las medidas de apoyo necesarias en el proceso de incorporación al ámbito escolar.

#### **Artículo 9. Competencias de la atención temprana.**

1. Los servicios competentes en el conjunto de actuaciones en atención temprana son prioritariamente salud, políticas sociales y educación, siendo imprescindible la colaboración y coordinación entre ellos.

2. Corresponde al Servicio Canario de Salud:

a) La realización de las actuaciones de promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, con intervención directa y sociofamiliar.

b) La emisión por parte de los servicios sanitarios implicados de la prescripción sanitaria hacia las diferentes especialidades, pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos, terapéuticos, de atención/intervención temprana y otros derivados del punto a).

c) La prestación de los servicios de atención temprana en el ámbito de los complejos hospitalarios a los niños y niñas en el área de neonatología u otras secciones de pediatría y rehabilitación<sup>2</sup> que por su condición de salud precisan atención, cuidados o asistencia hospitalaria de larga duración.

d) La necesaria coordinación interprofesional entre los profesionales y entidades sanitarias, sociales y educativas implicadas en la atención temprana.

3. Corresponde a la consejería competente en materia de políticas sociales:

a) Intervenciones de prevención primaria y secundaria dirigidas a la prevención y detección del riesgo familiar y social, especialmente en los colectivos más vulnerables.

b) Intervenciones de prevención terciaria dirigidas al apoyo, información y orientación a la familia en los procesos de cambio y aquellas actuaciones necesarias encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la familia con un menor con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos.

c) Facilitar la disponibilidad de los servicios sociales en la coordinación interprofesional entre los profesionales y entidades sociales, sanitarias y educativas implicadas en la atención temprana.

4. Corresponde a la consejería competente en materia de educación:

a) La realización de las actuaciones de prevención primaria y secundaria a través del alumnado, familias y profesorado. Las condiciones del entorno educativo son únicas, lo que permite prevenir y detectar signos de alerta y trastornos inadvertidos en otros ámbitos.

b) El apoyo y orientación a la familia en el proceso de escolarización.

c) En el área de la prevención terciaria es relevante la evaluación y atención a las necesidades específicas de apoyo educativo del menor en un contexto lo más normalizado posible, así como de orientación y coordinación de la familia, la comunidad educativa y el entorno, para facilitar la inclusión educativa y potenciar sus capacidades.

d) La coordinación de los equipos de orientación educativa con los centros de tratamiento de atención e intervención temprana cuando vaya a producirse la escolarización a fin de garantizar la complementariedad y continuidad en las medidas de apoyo y favorecer la incorporación al ámbito escolar.

e) Dotar a la comunidad educativa de los recursos y cauces informativos adecuados, sobre los procesos de derivación y actuación de todos los servicios implicados en la atención temprana e implementar planes de formación específica en el ámbito de la atención temprana.

f) Dotar al menor de los recursos y apoyos escolares que el equipo especialista considere oportunos en coordinación con los prestados en atención/intervención temprana u otros ámbitos, recursos que serán complementarios y no sustitutivos.

g) Facilitar la disponibilidad de los servicios educativos en la coordinación entre los profesionales y entidades educativas, sanitarias y sociales implicadas en la atención temprana.

## TÍTULO II

### SEGUIMIENTO DE MENORES DE RIESGO Y ATENCIÓN/INTERVENCIÓN TEMPRANA

#### **Artículo 10. Seguimiento de menores de riesgo y atención/intervención temprana.**

En la atención temprana destacan por su relevancia tanto el seguimiento como el tratamiento:

a) Seguimiento: proceso de control continuado y valoración diagnóstica individual de aquellos menores que por sus antecedentes prenatales o perinatales podrían manifestar problemas en su desarrollo, o en algún otro momento presenten signos de alerta o trastornos del desarrollo. El objetivo es la prevención de la aparición de trastornos del desarrollo, la detección de signos de alerta y el diagnóstico etiológico/sindrómico/funcional de los trastornos precozmente, de forma que se posibilite su derivación inmediata a tratamiento y la intervención sea realmente temprana.

b) Tratamiento: conjunto de actividades terapéuticas dirigidas a la población infantil entre 0 y 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlo por presentar signos de alerta significativos, a su familia y al entorno. El objetivo es reducir los efectos de un trastorno del desarrollo sobre el conjunto global del desarrollo del menor y optimizar el curso de su desarrollo y su autonomía teniendo en cuenta los procesos madurativos, la realidad biológica de cada niño y niña y las características de su entorno familiar y social.

#### **Artículo 11. Unidades de seguimiento y neurodesarrollo.**

1. Las unidades responsables del seguimiento y del proceso diagnóstico funcional, etiológico y sindrómico, ubicadas en las unidades de pediatría, sección de neuropediatría, de hospitales del Servicio Canario de Salud con UCI neonatal, estarán compuestas por un equipo de pediatras con formación específica en neurología infantil y psicólogos/as clínicos, expertos ambos en neurodesarrollo y atención temprana. Se contará con la participación del pediatra de atención primaria y los facultativos oportunos de atención especializada.

2. Protocolo de derivación:

a) La derivación se hace directamente desde las unidades de gestión clínica o servicios de neonatología, participando en el plan de atención al recién nacido de riesgo.

---

(2) Asociación de Terapeutas Ocupacionales.



Los posteriores controles neonatológicos y de seguimiento son complementarios pero no sustitutivos.

b) Cuando la detección de los trastornos o riesgos sea en etapa postnatal:

1.º Si es por el pediatra de atención primaria, podrá derivar directamente.

2.º Si es por otros facultativos de atención especializada, podrán derivar directamente.

3.º Si es en los centros de atención e intervención temprana, en colegios o en el entorno familiar, deben acudir al pediatra de atención primaria para la derivación.

3. El seguimiento se realiza mediante protocolos mínimos establecidos, teniendo en cuenta el tipo de trastorno o de riesgo, la propia evolución del menor y su entorno sociofamiliar. El protocolo es dinámico en función de lo anterior.

Participan directamente en el programa de seguimiento y en el proceso diagnóstico funcional, etiológico y sindrómico pediatría de atención primaria y especializada, otros servicios especializados como rehabilitación Infantil/foniatría, ORL-audiología, oftalmología, unidad de salud mental infantil, trabajo social, neurofisiología, genética, biología molecular y todos aquellos implicados según el caso.

En la situación de menores en tratamiento de atención/intervención temprana, se integrará la información de sus terapeutas. En el caso de los menores escolarizados, se integrará la información del profesorado. Ante situaciones de riesgo sociofamiliar, se integrará la información de los diferentes equipos de trabajo social que intervienen con el menor y la familia.

4. Estas unidades están facultadas para realizar el seguimiento hasta que el menor cumpla los 7 años. Se planificará el alta en función de las características individuales.

### **Artículo 12. Centros de Atención e Intervención Temprana (CAIT).**

1. Los CAIT son aquellos centros que se configuran como recursos específicos para llevar a cabo el tratamiento de atención/intervención temprana del menor, su familia y su entorno.

2. Se definen los CAIT como recursos descentralizados y especializados, que compuestos por equipos, interprofesionales que prestan servicios de atención temprana dentro de un ámbito territorial, desde la gestión directa de los recursos de la administración pública responsable.

Los CAIT son aquellos centros que se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la atención temprana del menor, su familia y su entorno, de acuerdo con el Plan Individualizado de Atención Temprana, en adelante PIAT.

El PIAT, es un programa personalizado de desarrollo, que contempla las líneas estratégicas de intervención en los diferentes entornos donde se desenvuelve el niño y su familia.

Los CAIT deberán contar con las autorizaciones oportunas conforme a la normativa aplicable en materia de centros de servicios sociales así como con las autorizaciones que se exijan desde otros ámbitos competenciales.

3. Se considera lugar preferente para la realización del tratamiento el CAIT. No obstante, cuando esto no sea posible por la inexistencia de un centro adecuado en las proximidades del domicilio del menor, que éste no se pueda desplazar o el terapeuta lo prescriba, se facilitará la atención domiciliaria organizando el desplazamiento de los profesionales.

4. La prestación de la atención/intervención temprana se llevará a cabo de forma ininterrumpida los 12 meses del año, sin perjuicio de los periodos de descanso del menor y la familia establecidos por los profesionales.

5. Los CAIT organizarán y facilitarán la coordinación con otros sectores sanitarios, sociales o educativos, para lo que se establecerán actuaciones periódicas al respecto.

6. El CAIT ha de estar implicado en actuaciones orientadas a la comunidad y la familia, en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.

### **Artículo 13. Composición y funciones de los Centros de Atención e Intervención Temprana.**

1. Los equipos de los CAIT serán multiprofesionales e interdisciplinarios, y estarán constituidos por especialistas en atención temprana procedentes del ámbito sanitario, educativo y social.

2. El equipo básico de los CAIT, será el formado por: psicólogo/pedagogo/psicopedagogo, logopeda, psicomotricista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, trabajador social y administrativo. La formación de los profesionales de tratamiento directo, además de la titulación propia, deberá ser específica en intervención temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de postgrado específico y/o cinco años de experiencia profesional.

Todo CAIT deberá contar con una persona que hará las funciones de dirección/coordiación con una titulación media o superior, relacionadas con los ámbitos social, educativo o sanitario, así como formación y experiencia específica en el ámbito de la atención infantil temprana. La figura del coordinador/a puede ser compartida a su vez con las competencias propias de alguno de los profesionales que se incluyen en el equipo multidisciplinar.

3. El equipo de intervención temprana será el responsable del diagnóstico funcional, la evaluación continuada y la elaboración del PIAT y su desarrollo, planificando el tipo de intervención y frecuencia hacia el menor, familia y entorno, con especial atención al medio escolar, junto con la familia y otros profesionales implicados en la atención al menor. La atención al menor y familia será individualizada, mediante sesiones de un mínimo de 45 minutos de duración y únicamente si su evolución lo aconsejara se podría prestar una intervención grupal, justificada sólo con criterios clínicos y durante un periodo de tiempo determinado, previo conocimiento de la familia.

4. La atención/intervención temprana comienza con la primera entrevista de acogida al niño o niña y la familia, pasando sin demora al proceso del diagnóstico funcional, la elaboración del PIAT y su aplicación. La continuidad en la atención desde el momento en que el menor y su familia llegan es responsabilidad del CAIT.

5. El equipo de intervención temprana designará a uno de ellos como profesional responsable y referente ante la familia. Esta designación podrá variar en función de la evolución del menor y de las características familiares y del entorno. El equipo de intervención temprana dará a la familia un informe escrito con los resultados del diagnóstico funcional inicial y de las evaluaciones periódicas y con el PIAT.

6. Los profesionales del equipo de intervención temprana tienen autonomía para modificar el PIAT cuando lo estimen adecuado, en colaboración con la familia y siempre con criterios clínicos justificados y nunca en base a criterios administrativos ni a la demanda.

7. La atención realizada por el equipo de intervención temprana es independiente de la llevada a cabo en otros ámbitos sanitarios, sociales o educativos, pudiendo ser complementarias, pero nunca sustitutivas.

8. El equipo de intervención temprana planificará las actividades oportunas de coordinación con otros sectores sanitarios, sociales o educativos y profesionales implicados en la atención al menor.

#### **Artículo 14. Criterios de inclusión en el Centro de Atención e Intervención Temprana.**

1. Requieren la intervención específica de los equipos de intervención temprana de los CAIT los niños y niñas de 0 a 6 años con trastornos del desarrollo o en situación de riesgo de padecerlos por signos significativos de alerta, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. El acceso al tratamiento en el CAIT no estará condicionado a valoraciones o dictámenes de educación ni de servicios sociales, ni a certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

#### **Artículo 15. Protocolo de derivación al Centro de Atención e Intervención Temprana.**

1. La atención/intervención temprana ha de ser precoz, por lo que tras la detección en los ámbitos sanitarios, sociales, educativos o familiares, la derivación ha de ser inmediata y directa al CAIT por el pediatra de atención primaria o el facultativo responsable de atención especializada.

2. La familia del menor tiene derecho a elegir entre todos los CAIT adecuados para realizar la intervención del menor, siempre y cuando cuente con plazas disponibles.

3. Con independencia de quien inicie el protocolo de derivación, la información debe estar disponible para el pediatra de atención primaria, para los facultativos de atención especializada implicados y para el CAIT.

4. En la derivación se incluirá el juicio clínico/diagnóstico inicial. Los diagnósticos en atención temprana son dinámicos, por lo que pueden cambiar en función de la evolución del menor.

5. El Centro de Atención e Intervención Temprana de derivación estará preferentemente basado en la residencia del menor. Igualmente tendrá carácter preferente la especialización en determinados trastornos del desarrollo aunque se encuentre fuera de la sectorización prevista.

6. Ante la situación de no disponibilidad según los criterios anteriores, el pediatra de atención primaria como responsable de la salud del menor, gestionará junto con la familia otras posibles opciones.

7. En ningún caso se derivará a un CAIT sin disponibilidad. La atención temprana es un concepto incompatible con la espera en el tratamiento. Si hubiera lista de espera en el CAIT elegido, se asignará a otro de manera temporal teniendo en cuenta los principios de descentralización y sectorización y la planificación a corto plazo del CAIT que inicialmente le correspondiera.

Progresivamente el pediatra de atención primaria y la familia valorarán las opciones y cambios oportunos.

8. En caso de solicitar la familia un cambio de CAIT el pediatra de atención primaria valorará su petición y en conjunto tomarán la decisión oportuna.

#### **Artículo 16. Gestión del alta en el Centro de Atención e Intervención Temprana.**

1. El alta en el tratamiento en el Centro de Atención e Intervención Temprana será gestionada por el equipo de intervención temprana en colaboración con el pediatra de atención primaria y los facultativos de atención especializada.

2. El alta puede ser debida a:

a) Superar los 6 años de edad.

b) Por no presentar los riesgos o trastornos que motivaron la derivación, tras la comprobación de la normalización del desarrollo del menor por el equipo de intervención temprana. En este supuesto, el CAIT, el pediatra de atención primaria y los especialistas que traten al menor tendrán que emitir un informe que acredite esta circunstancia. Asimismo, se dará trámite de audiencia a los representantes legales del menor.

c) Cambio de domicilio familiar a otra comunidad autónoma.

d) Por voluntad expresa del padre, madre o representante legal. En el caso de que suponga un riesgo para la integridad o el bienestar del niño o niña, esto debe acreditarse mediante informe del equipo de intervención temprana del CAIT para las actuaciones oportunas desde el ámbito social.

### TÍTULO III COORDINACIÓN

#### **Artículo 17. Coordinación interdisciplinar.**

Los profesionales de los diferentes recursos sanitarios, sociales y educativos que intervienen en atención temprana en cada uno de los sistemas implicados, actuarán bajo el principio de coordinación para una adecuada intervención y optimización de los recursos para el mejor desarrollo del menor. A tal efecto se establecerán mecanismos de coordinación con protocolos de trabajo para la derivación, intervención, el seguimiento e intercambio y registros de información.

La información específica de las unidades de seguimiento y neurodesarrollo y de los CAIT se integrará de forma permanente en el registro informatizado del SCS. Dicha información formará parte de la historia clínica y será accesible para todos los profesionales que intervienen en la atención al niño o niña durante la etapa de atención temprana y en etapas posteriores.

#### **Artículo 18. Comisión Técnica de Atención Temprana.**

1. La Comisión Técnica de la Atención Temprana, es el órgano técnico adscrito a las consejerías con competencia en materia de sanidad, educación y servicios sociales, de ámbito autonómico, con funciones de hacer propuestas y elaboración de protocolos de coordinación y seguimiento de la evolución del menor, así como el control de los estándares de calidad.

2. La Comisión Técnica de Atención Temprana estará integrada por los siguientes miembros:

- a) Dos personas en representación de la consejería competente en materia de sanidad.
- b) Dos personas en representación de la consejería competente en materia de educación.
- c) Dos personas en representación de la consejería competente en materia de servicios sociales.
- d) Dos personas en representación de los CAIT.

e) Tres personas en representación de los equipos de orientación educativa y psicopedagógicos: dos en representación de los equipos específicos y uno en representación de los equipos de zona.

3. En los puntos a), b) y c) las personas serán designadas por el consejero competente entre los profesionales de la consejería con atribuciones en la materia, y en los puntos d) y e) serán elegidas mediante votación entre sus miembros.

4. La comisión nombrará de entre sus miembros, por mayoría de votos y por un periodo de dos años, a su presidente.

5. A las reuniones de la Comisión Técnica de Atención Temprana, podrán asistir, con voz pero sin voto, cuando así se estime necesario por la mayoría de los miembros, aquellos expertos en atención temprana, que por sus actividades o conocimientos, puedan informar o asesorar.

6. Serán funciones de la Comisión Técnica de Atención Temprana:

- a) Proponer líneas estratégicas de acción en materia de atención temprana en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- b) Elaboración del protocolo de coordinación de atención temprana, según lo dispuesto en la presente normativa.
- c) Realización de la planificación anual.
- d) Analizar la coordinación y seguimiento de la intervención integral en atención temprana desde los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales para proponer sistemas que garanticen las actuaciones necesarias de cada una de las áreas en el proceso de intervención, así como la coordinación entre ellas.
- e) Análisis y propuesta de protocolos de detección, valoración, diagnóstico, coordinación, derivación, intervención, seguimiento e intercambio y registros de información.
- f) Análisis y evaluación del desarrollo de las actuaciones de intervención con el fin de detectar nuevas necesidades y planteamientos y poder diseñar aspectos de mejora continua.
- g) Análisis de las incidencias producidas en la aplicación de la presente normativa y propuesta de correcciones a las desviaciones acaecidas.
- h) Establecer grupos de trabajo para el desarrollo de los protocolos y actuaciones que se precisen.
- i) Desarrollar y actualizar los estándares de calidad.

7. La Comisión Técnica de Atención Temprana se constituye como comisión de trabajo, y se reunirá al menos dos veces al año. Sus acuerdos no podrán tener trascendencia jurídica directa frente a terceros.

#### **DISPOSICIONES ADICIONALES**

##### **Primera. Constitución de los órganos colegiados en materia de atención temprana.**

En el plazo máximo de dos meses desde la entrada en vigor de esta norma, deberán constituirse los órganos colegiados de atención temprana.

En los órganos colegiados creados por este decreto se procurará conseguir una composición equilibrada en la presencia de mujeres y hombres.

**Segunda. Compatibilidad con otros recursos de atención.**

1. En el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de esta ley, la Comisión Técnica de Atención Temprana, aprobará un protocolo de detección, coordinación, intervención y derivación interinstitucional, según lo dispuesto en la presente normativa, con el objetivo de establecer la debida coordinación, coherencia y optimización de los servicios de los sistemas sanitario, de educación y de servicios sociales, procurando una complementariedad de las intervenciones, evitando la duplicidad de servicios y garantizando, en todo caso, un único modelo de intervención.

2. El protocolo deberá de recoger el procedimiento de acceso derivación e intervención, según el artículo 14 y 15 de la presente ley.

3. En la elaboración del protocolo, podrán participar otros profesionales expertos a los efectos de poder contar con la participación de las entidades de iniciativa social.

**Tercera. Desarrollo de un sistema integral de información y gestión de los servicios de atención temprana.**

1. El conjunto de los documentos que contengan datos, evaluaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y el proceso evolutivo del menor y de su familia estará incorporado a un expediente único.

2. En el plazo máximo de doce meses desde la entrada en vigor de esta ley, la Comisión Técnica de la Atención Temprana aprobará el procedimiento de coordinación para la integración de los sistemas de información de cara a la implantación de un sistema integral de información y gestión de datos del servicio de atención temprana.

**Cuarta. Creación de una red pública de atención temprana.**

En el plazo máximo de dos años desde la entrada en vigor de esta ley, se crearán los Centros de Atención e Intervención Temprana necesarios para dar respuesta a la demanda de toda la comunidad autónoma.

**DISPOSICIÓN DEROGATORIA****Única. Derogación normativa.**

Quedan derogados cuantos preceptos y disposiciones de igual o inferior rango se opongan a las determinaciones de la presente normativa.

**DISPOSICIONES FINALES****Primera. Habilitación para el desarrollo de la ley.**

Se autoriza a las personas titulares de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación para dictar las disposiciones que sean precisas para el desarrollo y ejecución de esta ley en lo relativo a la organización y materias propias de su departamento.

**Segunda. Entrada en vigor.**

La presente ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el *Boletín Oficial de Canarias* y entrará en el ejercicio presupuestario siguiente.



Parlamento de Canarias