ATENCIÓN TEMPRANA

Progresos y desarrollo
2005–2010

ATENCIÓN TEMPRANA
PROGRESOS Y DESARROLLO
2005–2010

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales

La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales es una organización independiente y autónoma, sostenida por los países que la componen y por las Instituciones Europeas (Comisión y Parlamento).

Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente la opinión oficial de la Agencia, de sus países miembros o de la Comisión. La Comisión no se hace responsable del uso que pueda darse a la información de este documento.

Editoras: V. Soriano y M. Kyriazopoulou, Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales

Se agradece especialmente la colaboración en este informe de Filomena Pereira (Ministerio de Educación, Portugal), Bojana Globačnik (Ministerio de Educación y Deporte, Eslovenia), Yolanda Jiménez Martínez (Ministerio de Educación, España), Małgorzata Dońska-Olszko (Ministerio de Educación, Polonia) y de Lenka Svitek (Estudiante en prácticas en la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales).

Se permite el uso de extractos de esta publicación con referencia expresa de la fuente: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010. *Atención Temprana. Progresos y desarrollo. 2005–2010,* Odense, Dinamarca: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales.

Para una mejor accesibilidad, este documento se encuentra en formato digital manipulable, traducido en 21 idiomas, en el sitio web de la Agencia: www.european-agency.org

Traducción: Yolanda Jiménez Martínez, yolanda.jimenez@educacion.es

ISBN: 978-87-7110-054-9 (Impreso) ISBN: 978-87-7110-078-5 (Electrónico)

© Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales 2010

Secretariado
Østre Stationsvej 33
DK-5000 Odense C Dinamarca
Tel: +45 64 41 00 20
secretariat@european-agency.org

Oficina en Bruselas
3 Avenue Palmerston
BE-1000 Bruselas Bélgica
Tel: +32 2 280 33 59
brussels.office@european-agency.org

www.european-agency.org

Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

La DG de Educación y Cultura de la Comisión Europea financia la producción de este documento: http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/index_en.htm

ÍNDICE

PRÓLOGO 5

INTRODUCCIÓN 7

1. RESUMEN DE LOS INFORMES NACIONALES 11

1.1 Avances y principales cambios en la disponibilidad 11
1.1.1 Desarrollo de medidas políticas 12
1.1.2 Disponibilidad de la información dirigida a las familias y a los profesionales 12
1.1.3 Definición del beneficiario 13

1.2 Avances y principales cambios en la proximidad 17
1.2.1 Descentralización de servicios 17
1.2.2 Respuesta a las necesidades familiares 19

1.3 Avances y principales cambios en la asequibilidad 22
1.3.1 Financiación de los servicios de AT 22

1.4 Avances y principales cambios en el trabajo interdisciplinar ... 24
1.4.1 Cooperación con las familias 24
1.4.2 Trabajo en equipo y estabilidad de la plantilla 27

1.5 Avances y principales cambios en la variedad y la coordinación 29
1.5.1 Coordinación intersectorial 29
1.5.2 Coordinación de la oferta y la continuidad del apoyo 33
1.5.3 Información complementaria sobre la calidad de los estándares en los servicios de AT 34

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 37

2.1 Conclusiones 37

2.2 Recomendaciones 38
2.2.1 Alcanzar a toda la población que necesite AT 39
2.2.2 Asegurar la calidad e igualdad de los estándares en la oferta y la distribución de la AT 39
2.2.3 Consideración de los derechos y necesidades de los niños y niñas y sus familias 41

2.2.4 Legislación y medidas políticas..... 42
2.2.5 Mejora de la coordinación intersectorial..... 42
2.2.6 Fomento del rol de los profesionales 43

EXPERTOS..... 45

ANEXO..... 47

PRÓLOGO

El siguiente informe presenta una visión global de los avances y principales cambios que se han venido desarrollando desde 2005 en el campo de la Atención Temprana (AT) en Europa. Tales progresos son de carácter general y están vinculados a cinco elementos básicos: disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad, considerados esenciales para el modelo de AT propuesto en el análisis realizado por la Agencia en 2005.

El proyecto actual ha sido elaborado por los países miembros de la Agencia y responde a una actualización del organizado por la misma durante 2003–2004.

Treinta y cinco expertos de 26 países, Alemania, Austria, Bélgica (Comunidad francófona) Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del Norte), República Checa, Suecia y Suiza, han participado en las actividades del proyecto. Sus datos de contacto se encuentran al final de este documento.

Agradecemos su contribución, así como la de los Representantes y Coordinadores nacionales de la Agencia.

Este informe destaca los principales resultados del proyecto y se basa en la información facilitada por los países participantes. Los informes nacionales con sus anexos están disponibles en el sitio web de la Agencia dedicado a este trabajo: http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention

Cor J. W. Meijer

Director

Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe resume los avances y principales cambios que desde 2005 han acontecido en el campo de la Atención Temprana (AT) en los países participantes y se fundamenta en la información proporcionada por éstos en sus informes nacionales.

El proyecto se inició por los países miembros de la Agencia como una puesta al día del estudio sobre AT realizado por la misma durante 2003–2004. El informe, publicado en 2005, está disponible en: http://www.european-agency.org/publications/ereports/

El proyecto inicial destacó la importancia de la AT tanto en los aspectos legales como en su implementación, proponiendo un modelo en el que los sectores sanitarios, educativos y sociales estuvieran directamente implicados. Dicho modelo se centra en los procesos del crecimiento y en el impacto de la interacción social en el desarrollo infantil en general y en el de cada caso en particular. También enfatiza la transformación desde un tipo de intervención principalmente centrada en el niño hacia un enfoque más amplio que tiene en cuenta al niño, a la familia y al entorno. Esto se corresponde con la evolución de las ideas acerca de la discapacidad, principalmente en el cambio de un modelo médico a uno social.

En consonancia con este modelo emergente, el grupo de expertos participantes en el primer estudio de la Agencia propuso la siguiente definición operativa para Intervención Temprana (IT):

La AT es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida del niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para:

- *asegurar y mejorar su evolución personal,*
- *reforzar las propias competencias de la familia y*
- *fomentar la inclusión social de la familia y del niño.*

Durante el primer estudio se identificaron varios componentes significativos en este modelo de AT que precisan de una aplicación eficaz:

Disponibilidad: uno de los objetivos de la AT es que ésta llegue a todos los niños y niñas que la necesiten y a sus familias tan pronto

como sea posible. Es prioridad de todos los países, ya que se pretende compensar las diferencias geográficas en relación a la disponibilidad de recursos, garantizando la igualdad en la calidad de los servicios a los que solicitan apoyo.

Proximidad: este elemento está vinculado en primer lugar a garantizar que los servicios de apoyo estén al alcance de quien los precise. La atención se ubica tan cerca de las familias como sea posible. En segundo lugar, también se refiere a que los servicios disponibles estén en función de las necesidades de las familias. El entendimiento y el respeto a la familia está en el centro de cualquier acción.

Asequibilidad: los servicios se ofertan a las familias gratuitamente o con un mínimo de coste. La atención se sufraga con cargo a los presupuestos públicos de salud, sociales y de educación o bien a través de ONG, incluidas aquellas sin ánimo de lucro. La oferta puede estar repartida en diversos servicios o centralizada de forma complementaria.

Trabajo interdisciplinar: los profesionales a cargo del apoyo directo a los niños y niñas y a sus familias pertenecen a diversas áreas profesionales y, en consecuencia, proceden de diferentes servicios. El trabajo interdisciplinar facilita el intercambio de información entre los miembros del equipo.

Variedad de servicios: esta característica está vinculada a la diversidad de disciplinas involucradas en la AT. La implicación de tres servicios (el de salud, sociales y de educación) es un rasgo común a varios países, aunque, al mismo tiempo, constituye una de las principales diferencias.

Tomando como punto de partida estos cinco elementos, los expertos del primer proyecto consensuaron una lista (no exhaustiva) de recomendaciones para una satisfactoria implementación.

El objetivo del actual proyecto de actualización es el de partir de los principales resultados y recomendaciones del primero. Se pretende presentar una perspectiva general en relación a los progresos y principales cambios acontecidos en los países participantes desde 2004 en relación a los cinco elementos arriba comentados.

En el proyecto de actualización de 2009–2010 se han sumado varios países. Los participantes han sido: Alemania, Austria, Bélgica

(Comunidad francófona), Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del Norte), República Checa, Suecia y Suiza.

Para la actualización, con la idea de recoger información sobre la oferta y los servicios de AT en el plano nacional, se preparó un documento en colaboración con los expertos. El propósito de la primera parte de dicho documento fue la recogida de información sobre la oferta y los servicios nacionales destinados a los niños y niñas entre 0 y 6 años. Esta parte se corresponde a la línea cronológica seguida por un niño o niña que requiere intervención temprana desde su nacimiento hasta los 5 ó 6 años de vida. Los participantes en el primer proyecto elaboraron este apartado.

La segunda parte del documento plantea cuestiones relativas a las medidas políticas existentes y su aplicación, así como a la puesta en práctica de las cinco áreas identificadas como elementos básicos en el campo de la AT.

Este es un resumen de la información recabada por los expertos en los informes nacionales. Estos informes nacionales se encuentran disponibles en el sitio web de la Agencia dedicado a este proyecto: http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention

El Apartado I resume los avances y los principales cambios que han tenido lugar en los países participantes en el campo de la AT en relación especialmente a los cinco elementos: disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad de servicios.

El Apartado II presenta los principales resultados y conclusiones recopilados de los informes nacionales y de los debates de las reuniones del proyecto, además de una serie de propuestas y recomendaciones dirigidas a políticos y profesionales.

El Anexo es una panorámica de la legislación más relevante sobre AT de los países participantes.

1. RESUMEN DE LOS INFORMES NACIONALES

El objeto de este aportado es el de mostrar una visión global en lo tocante a los avances y principales cambios acaecidos en Europa desde 2005 en el área de la AT referidos a los cinco elementos básicos (disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad), relevantes en el modelo de AT propuesto en el trabajo de la Agencia de 2005.

La definición y las recomendaciones más significativas de cada uno de los cinco elementos consensuados en 2005 se complementan con los avances y principales cambios basados en la información que cada país ha facilitado en este trabajo de actualización.

Los ejemplos relativos a los países se basan, a su vez, en la información ofrecida en los informes nacionales. En el sitio web de la Agencia dedicado a este campo puede encontrarse información detallada acerca de los tipos y la prevalencia de servicios en cada país, así como los ejemplos específicos de los informes nacionales: http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention

En los siguientes apartados se muestra la información sobre diferentes aspectos de los avances y los cambios ocurridos.

1.1 Avances y principales cambios en la disponibilidad

Uno de los objetivos compartidos de forma general es el de que la AT llegue a los niños y niñas y sus familias tan pronto como se necesite. En 2005 se sugirieron tres recomendaciones para lograrlo:

a) Medidas políticas locales, regionales y nacionales que garanticen la AT como un derecho de todos los niños y niñas y familias que lo necesiten.

b) Disponibilidad de información detallada, clara y precisa a nivel local, regional y nacional tan pronto como se requiera, dirigida a las familias y a los profesionales.

c) Identificación precisa del grupo objeto de atención para que los políticos decidan en colaboración con los profesionales los criterios de elección para una AT.

1.1.1 Desarrollo de medidas políticas

Desde 2005, cuando se realizó la última recopilación de información sobre Europa en el proyecto de la Agencia, se han promovido o están promoviéndose medidas, reformas y adecuaciones políticas tanto a nivel local y regional como nacional en relación al desarrollo de servicios de AT para los niños y niñas entre 5/6 años y sus familias. (En el Anexo se ofrece una panorámica de la legislación más relevante sobre AT de los países participantes).

A pesar de las diferencias encontradas en los informes nacionales relativas al contexto de cada país, todas las iniciativas políticas implícitas y explícitas garantizan la AT como un derecho de los niños y niñas y de las familias que la necesiten.

En Europa, las iniciativas políticas, las medidas y la práctica en los tres sectores, de salud, social y educativo, continúan estando directa e indirectamente presentes en el proceso de AT. En consecuencia, la responsabilidad en el desarrollo de políticas relativas a la AT recae de modo compartido en los tres Ministerios implicados, Sanidad, Asuntos Sociales y Educación (o sus equivalentes en cada país). La responsabilidad parcial o total de cada uno de los tres sectores en las diferentes etapas de la AT de la oferta de apoyo y servicios a los niños y niñas y sus familias, depende de múltiples factores. Tales factores incluyen las necesidades del niño/a y sus familias, la edad, la disponibilidad del servicio requerido, además de los acuerdos interministeriales relativos a los servicios de atención temprana de cada país.

Todos los países consideran de vital importancia la cooperación y coordinación de las políticas y las prácticas entre los tres sectores implicados y entre los distintos niveles de decisión (local, regional y nacional) para lograr una AT satisfactoria. Se están desarrollando bastantes iniciativas políticas enfocadas a conseguir una mejor coordinación intersectorial para los niños y niñas y sus familias tanto en los niveles locales y regionales como nacionales. (La información sobre la coordinación intersectorial y los servicios implicados se encuentran en los apartados 1.5 y 2.2.5).

1.1.2 Disponibilidad de la información dirigida a las familias y a los profesionales

Según los informes nacionales, las familias reciben la información relativa a los servicios y a la oferta de AT a través de los servicios

educativos, de salud y sociales, a través de campañas, en Internet, en folletos y carteles, en talleres, conferencias, etc.

En lo tocante a en qué grado las familias tienen acceso a una información en profundidad, clara y precisa, los expertos del proyecto apuntan que en los tiempos actuales hay bastante información de cada sector. Parece estar claro en el informe de Suecia que la dificultad no es el acceso a la información por parte de los padres, sino la posibilidad de encontrar la información precisa y útil según las necesidades individuales. Especialmente, siguiendo el informe sueco, el acceso a la información continúa siendo un reto para las familias pobres, inmigrantes o que habitan en zonas aisladas.

Con respecto a la oferta de apoyo prenatal a las familias, según los informes nacionales, todos los países ofrecen apoyo y asesoramiento a las familias. Los servicios de bienestar materno-infantil asisten a todas las gestantes. Algunas de las prestaciones son revisiones físicas periódicas durante la gestación así como la oferta de información y preparación al parto.

Finalmente, siguiendo con la información recogida en los informes nacionales, en todos los países participantes los servicios de salud tienen en cuenta la importancia del primer año de vida en la detección de retrasos y dificultades. Se pone especial énfasis en los seguimientos médicos periódicos y la inmunización durante el primer año de vida. Se realizan, pues, diversas revisiones del desarrollo físico y psicológico, así como vacunaciones regulares.

1.1.3 Definición del beneficiario

Los informes nacionales muestran la tendencia en Europa a que la AT atienda las necesidades de la infancia en riesgo. Los niños y niñas con necesidades especiales y sus familias son valorados y asesorados por los servicios locales donde residen. El criterio de elección vinculado a discapacidades o condiciones concretas se determina a nivel nacional, regional o local.

En los Países Bajos, las políticas sociales, de salud, y educativas disponen de criterios precisos para identificar y clasificar las necesidades infantiles, aunque existen excepciones cuando los casos son más complejos. Por ejemplo, cuando en la familia se dan varios problemas (p.ej.: entorno social desfavorable, necesidades especiales de los progenitores, problemas psicológicos, dificultades

con el idioma, abusos en el entorno familiar) puede ser difícil valorar las causas primarias y secundarias de las dificultades en el desarrollo, ya que los factores ligados a la infancia y los ambientales son difíciles de distinguir.

En Luxemburgo, la Ley para la ayuda a la infancia y las familias define claramente los criterios a seguir. Es más, los protocolos establecidos de colaboración entre la familia, las ONG, los coordinadores de las propuestas de intervención y los encargados de los servicios, deben garantizar que los niños y sus familias acceden adecuadamente a la asistencia.

En los informes nacionales, se percibe que continúan siendo un reto los criterios que especifican la posibilidad de elección de los servicios y que garantizan el acceso de las familias a los recursos y al apoyo adecuado. En ocasiones, la falta de personal cualificado, así como de conocimiento y de una definición detallada de las necesidades, constituyen una gran diferencia en la oferta de servicios de atención primaria y de apoyo entre las distintas regiones de un mismo país.

En Austria, por ejemplo, los indicadores para identificar cuando un niño tiene alguna discapacidad o está en riesgo de padecerla pueden variar enormemente entre sus distintas regiones.

En Polonia, los niños y niñas reciben asistencia solo con un diagnóstico médico previo y no necesariamente en respuesta a sus necesidades especiales educativas o del desarrollo.

En Eslovenia, el perfil del beneficiario no está definido claramente y el apoyo a las familias se percibe como inadecuado.

En Portugal, los beneficiarios de la AT son los niños y niñas entre 0 y 6 años que sufren problemas físicos orgánicos y funcionales que limitan su capacidad de participación en las actividades sociales propias de su edad o aquellos que están en riesgo de retraso severo en el desarrollo.

En Irlanda, la Ley de la Discapacidad de 2005 incluye la identificación de las necesidades vinculadas a la discapacidad de los niños de menos de cinco años y detalla los servicios que atienden esos casos con los recursos de que se dispone. La Ley de Educación para las Personas con Necesidades Educativas Especiales de 2004, en proceso de implantación, presenta la

identificación y la oferta para los niños en edad escolar.

En Grecia, existen muchas instituciones, centros privados de terapia especial y asociaciones de padres y pedagogos, (algunas ONG) que desarrollan e implementan programas de intervención temprana o bien por iniciativa propia o en colaboración con los Ministerios de Salud y de Educación. Todos ellos van dirigidos a niños y niñas de entre 0 y 7 años con discapacidad. Toda esta oferta es domiciliaria y se centra en: a) una evaluación de la discapacidad cuanto más temprana mejor y b) el apoyo y el asesoramiento a los padres.

Los mecanismos para identificar y llegar a los niñas y niñas con discapacidad o en alto riesgo de padecerla están presentes en Europa, si bien no son homogéneos. En algunos lugares se puede considerar que están mejor desarrollados que en otros.

En Reino Unido (Inglaterra), por ejemplo, se está aplicando un programa de evaluación y se opera con unos protocolos de trabajo intersectoriales para garantizar que las familias y los niños que precisan AT se identifican pronto y se derivan rápidamente para su posterior estudio. A veces, los niños con dificultades son detectados en sus primeros días de vida en la maternidad, en el hospital o en el centro de salud de la localidad. Los “Visitadores Sanitarios”, que tienen un papel especial en la comunidad en la vigilancia de la salud y en el crecimiento de los niños en sus dos primeros años de vida, a menudo derivan a los niños para su valoración, después de haber hablado con los padres. Cuanto mayor es el niño, es más probable que sea derivado a los servicios de AT ordinarios con profesionales que actúan en los primeros años y en centros de atención infantil.

En Islandia, los hospitales y los centros de salud derivan los casos bajo sospecha de aparición de desórdenes del desarrollo severos al Centro Estatal de Diagnóstico y Asesoramiento, al Centro para las personas ciegas o al Centro para las personas con dificultades de audición para una valoración más exhaustiva. El Centro Estatal de Diagnóstico y Asesoramiento informa sobre la familia al Consejo Regional para la Discapacidad. Las escuelas infantiles, si sospechan de la aparición de trastornos de desarrollo, con el consentimiento y la cooperación de los padres, derivan el caso al Centro Psicopedagógico local. El Centro Psicopedagógico local deriva el caso al Centro Estatal de Diagnóstico y Asesoramiento o a la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Existe un programa de

evaluación en los centros de salud locales para los niños y niñas de dos años y medio y, de nuevo, cuando tienen cuatro.

En Malta, la Unidad de Desarrollo y Evaluación Infantil (CDAU) ofrece valoración multiprofesional y médica y terapia a todos los niños derivados a ella desde el nacimiento hasta los seis años. La derivación a esta Unidad proviene de las clínicas pediátricas, los médicos de familia o los logopedas, que suelen ser los primeros terapeutas que atienden a los niños tan pronto tienen dos años, si existe un desfase en la adquisición del lenguaje. La CDAU está vinculada al sector educativo a través de los educadores infantiles que son gestionados por la Dirección General para los servicios educativos. Estos docentes visitarán a las familias que han sido derivadas a la Unidad y trabajarán con los niños y los padres para asegurar la adquisición de las competencias básicas en los primeros años antes de la escolarización.

En ciertos países la prioridad para acceder a los servicios de AT se oferta a las familias y los niños de alto riesgo, por ejemplo, en Letonia donde son prioridad las familias y los niños con alto riesgo (necesidades especiales, riesgo de exclusión social, ingresos escasos, etc.). Algunos de estos grupos de riesgo son determinados por el estado, pero otros son dispuestos por los gobiernos locales dependiendo de sus circunstancias y prioridades.

En Alemania (Bavaria), en 2007 se estableció un Centro Nacional de Asistencia a la Infancia (Nationales Zentrum Frühe Hilfen) cuyo propósito es el de desarrollar un sistema que detecte a los niños y niñas en riesgo tan pronto como sea posible, apoyar a las familias, ampliar las redes de trabajo entre las diferentes instituciones sanitarias, educativas y sociales, así como fomentar la investigación en AT.

En Grecia, el programa Amimoni creado por la Asociación Panhelénica de Padres está dirigido a niños y niñas con dificultades visuales, mientras que el programa Polichni es para niños y niñas de entre cero y siete años con dificultades múltiples. La duración del programa depende de las necesidades individuales y de las capacidades. Se pretende que los padres participen activamente en la aplicación de la metodología y los pasos a seguir para su eficacia.

En el informe francés, una encuesta realizada en el país indica que cierto número de familias muy desfavorecidas tienden a no usar e

incluso “huyen” de un sistema que perciben como estigmatizante y que les hace sentirse culpables. Así aparece la paradoja de que aquellas familias que más necesitan el servicio menos lo demandan.

Teniendo en cuenta los avances y cambios experimentados, los expertos del proyecto han destacado que una definición precisa de los criterios para la identificación y la oferta de servicios compartida por los profesionales de los diversos sectores constituye una base eficaz para la mejora de la oferta a los niños y sus familias.

1.2 Avances y principales cambios en la proximidad

Esta cuestión tiene que ver, en primer lugar, con que la asistencia esté disponible para los destinatarios tan próxima como sea posible en ambos niveles, local y regional. En segundo lugar, la proximidad también se refiere a que la oferta de servicios se centre en la familia. El entendimiento y el respeto a los deseos de la familia debe ser el centro de cualquier actividad. En 2005 se propusieron dos clases de recomendaciones para garantizar lo anterior:

a) Descentralización de los servicios y la oferta para facilitar un mayor conocimiento del entorno social de la familia y asegurar la equidad de los servicios a pesar de las posibles diferencias geográficas y evitar las innecesarias duplicidades.

b) Tener en cuenta las necesidades de las familias y de los niños de modo que éstas se sientan bien informadas, compartiendo con los profesionales el conocimiento del significado y del beneficio de la intervención recomendada y participando en la toma de decisiones en la aplicación del plan de actuación.

1.2.1 Descentralización de servicios

La organización y estructura de los servicios de AT varía en Europa, en consonancia con el tipo de administración de cada país, centralizada o descentralizada. En países como Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Islandia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido (Inglaterra), República Checa, Suecia o Suiza, los servicios de AT están establecidos sobre un modelo federal/regional y/o local descentralizado.

En otros países como Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Letonia, Lituania, Malta o Reino Unido (Irlanda del Norte), se combinan centralización y descentralización al mismo tiempo, con un

reparto de tareas y responsabilidades entre los distintos niveles muy bien definido.

Según parece en los informes nacionales, a pesar de las diferencias, la tendencia generalizada en Europa es la de que los servicios de AT estén ubicados tan cerca como sea posible del niño y su familia. De acuerdo con el informe sueco, los ayuntamientos poseen condiciones óptimas para realizar estas tareas al estar cerca tanto de los niños como de sus padres además de conocer el entorno social de las familias.

La proximidad de los servicios ofertados se considera relevante, teniendo en consideración que las sociedades modernas son multiculturales y que los niños y niñas pasan gran parte de su tiempo en guarderías, jardines de infancia o con cuidadores.

A pesar de que la tendencia en las medidas políticas es la de garantizar la equidad de la AT para todos los ciudadanos, en la realidad, siguiendo los informes nacionales, continúa habiendo diferencias entre regiones y entre las áreas urbanas y las rurales. En el mismo país puede ocurrir que los servicios de AT estén mejor preparados y coordinados en ciertas zonas. Los servicios, en parte respondiendo a cuestiones demográficas, se organizan de forma distinta en distintos lugares. En las grandes urbes, hay más servicios de AT con más y mejores profesionales, mientras que en las zonas rurales existe escasez de servicios y de profesionales cualificados.

En Suiza, por ejemplo, hay diferencias entre los servicios de AT según los Cantones, y en Alemania entre Bundesländers ocurre lo mismo debido a los distintos sistemas de financiación, entre otros motivos. Es importante también mencionar que en Suiza, en las ciudades y en las áreas rurales, existen servicios de AT que trabajan la asistencia domiciliaria como principal sistema de trabajo proporcionando la misma calidad en la oferta a todos los ciudadanos.

En Lituania, la calidad de los servicios depende de la localización geográfica. Existe carencia de éstos en las zonas rurales.

En Portugal, la ley de 2009 sobre AT ofrece cobertura a todo el territorio nacional y los servicios se localizan y actúan tan cerca como sea posible de los niños y sus familias. La calidad de los servicios depende de varios factores, principalmente de la posibilidad de disponer de recursos especializados en algunas áreas

del país y de la experiencia de los profesionales.

En Chipre, los servicios de AT (de diagnóstico, evaluación, atención pediátrica especializada y genética) y los centros que realizan la intervención (terapias, atención y educación) están mejor organizados y se ubican principalmente en la capital y las grandes ciudades.

En Grecia, además de los servicios centrales de AT, la mayoría públicos, existen centros científicos, sin ánimo de lucro u ONG, como la unidad de diagnóstico y terapia para la infancia “Spyros Doxiadis” con base en Atenas. Sus miembros, médicos y docentes, pretenden contribuir desde enfoques clínicos y teóricos a la correcta evolución y psicología infantil con gran calidad en los servicios de diagnóstico y terapéuticos a disposición de todo el que lo demande, sin exclusión económica o social alguna.

En ciertos países, se ha hecho un esfuerzo para evitar o compensar las inequidad de la oferta de servicios. En Finlandia, por ejemplo, el sistema se organiza para ofrecer los servicios tan cerca del hogar como se pueda. En las zonas rurales las distancias pueden llegar a ser considerables, sin embargo, el sistema de salud nacional, de carácter gubernamental y financiado a través de impuestos, compensa los costes de los traslados y médicos sin gasto adicional para la familia.

En Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del norte), el proyecto de AT “Sure Start” se dirige a compensar las desventajas sociales concentrándose en áreas geográficas consideradas como socialmente desfavorecidas.

A pesar de los esfuerzos realizados, los expertos del proyecto consideran que se necesita aún mayor logro en los avances y las mejoras para dotar a los servicios públicos de atención temprana de peso específico y garantizar la calidad del servicio en todo el país, sin diferencias geográficas.

1.2.2 Respuesta a las necesidades familiares

Como se dice en los informes nacionales, una de las principales preocupaciones de las medidas políticas en relación a la AT en Europa es la de que los servicios se centren en las familias con un profundo respeto y compresión hacia sus necesidades, pues las necesidades familiares son el centro de cualquier decisión y

actividad relevante. Existen distintas iniciativas políticas, programas y directrices nacionales, regionales y locales con el fin de proporcionar a los padres clara y adecuada información tan pronto como sea posible y, en todo caso, tan pronto como se detecte la necesidad, promoviendo la relación de colaboración con los progenitores durante el proceso de AT e implicándoles en el desarrollo y la aplicación del plan de actuación. Además, se pone a disposición de los padres con hijos con discapacidad o en riesgo de padecerla cursos de formación.

En Reino Unido (Inglaterra), por ejemplo, la Asistencia Temprana, el programa nacional de aplicación y fomento del desarrollo de servicios de AT, promueve activamente el trabajo conjunto con las familias por medio de una serie de reuniones sistemáticas con ellas denominadas “equipo centrado en el niño”, “team around the child” (TAC). Estos encuentros están organizados para mantener a los padres en el centro de los debates y la toma de decisiones que afectan a su hijo. El programa también promueve el empleo habitual del formato estandarizado, *Plan de Servicio Familiar, Family Service Plan,* equivalente a un Plan Individual.

En Irlanda, los padres y familias pueden recibir formación de los servicios de AT para entender y manejarse con la discapacidad o con la necesidad educativa especial de su hijo. En la mayoría de los servicios se ofertan diversos programas formativos.

En Noruega, se desarrolla un plan individual y se establece un equipo responsable. Los padres forman parte de este grupo. A cada familia se le asigna una persona de enlace responsable de dar la información y de la coordinación del trabajo interdisciplinar con el niño. La familia recibe asesoramiento si la precisa.

En Estonia, los niños y las niñas y sus familias tienen asesores a su disposición que les ayudan a la preparación y aplicación de los programas de rehabilitación y al desarrollo de los planes individuales. Cerca de la mitad de los padres en esta situación forman parte de las decisiones que se toman en relación al plan de intervención temprana y su puesta en práctica. Para garantizar la disponibilidad de la orientación psicopedagógica, el programa nacional del Fondo Social Europeo, Desarrollo de un Sistema Asesor Educativo, se implementa desde 2008 con objeto de garantizar la atención temprana en todas las zonas, mejorando el sistema de

asesoramiento y la formación. Los centros asesores creados a raíz del programa se emplearán para la mejora de la colaboración intersectorial educativa, social y sanitaria, identificando las necesidades de cada niño y de sus familias y ofreciéndoles el asesoramiento preciso. La formación dada a los padres en las instituciones infantiles ha tratado sobre: salud y nutrición, problemas de conducta infantil, psicología infantil, desarrollo infantil, educación infantil, seguridad, primeros auxilios, preparación para el colegio, necesidades especiales, servicios de apoyo y adaptación a la escuela infantil.

En Portugal, la ley de 2009 de AT establece que el plan de atención ha de asesorar a cada familia individualmente. Las familias deben firmar el consentimiento para la intervención.

En Alemania (Baviera), aproximadamente el 50% de la intervención infantil es domiciliaria. Esto permite a los padres la oportunidad de comunicarse y aclarar sus dudas con los expertos. En muchos casos los padres reciben todo tipo de información cuando participan en las reuniones que se mantienen en el centro de AT.

Según los informes nacionales, existen diferentes campañas de información gratuitas dirigidas a los padres, tales como campañas, programas en los medios de comunicación, folletos, conferencias, talleres, etc. Dichas campañas suelen estar organizadas por los servicios de salud, educativos, sociales o por organizaciones de voluntariado. El objetivo es el de informar a los padres de los distintos servicios de AT, su organización, los derechos de las familias y asegurarse de que la discapacidad ni es invisible, ni tabú.

No obstante, siguiendo los informes nacionales, incluso aunque la información es accesible en toda Europa, las familias han de hacer frente a la dificultad de encontrar la persona de contacto adecuada, valorando las posibilidades a su disposición y tomando decisiones sobre la forma más correcta de apoyo a su hijo.

A fin de evitar la “excesiva información” y “demasiados servicios y opciones” ofertados a los padres, además del hecho de que muchos progenitores han de coordinar los servicios ellos mismos, se han implementado por toda Europa diferentes programas de coordinación, con el propósito de recopilar toda la información y los servicios más importantes. Ejemplos de esto pueden ser el Servicio de Coordinación de AT “Juntos desde el Principio”, en Chipre y el

Programa de Apoyo Temprano en Reino Unido (Inglaterra).

El objetivo de los programas de coordinación es el de organizar la AT. El coordinador trabaja junto con la familia, coordinando los servicios y actuando como un punto de referencia crucial para dichas familias.

En Luxemburgo, la nueva ley de educación escolar y la ley de "Asistencia a la Infancia y las Familias", presenta la figura de los coordinadores de servicios responsables de la coordinación horizontal y vertical para y alrededor de los niños y sus familias. Según dicha ley, el propio servicio de coordinación será una unidad en sí misma (coordinadores del proyecto de intervención) dirigida por profesionales con experiencia y formados en la gestión y organización a nivel estructural y de aplicación.

En Dinamarca, los requisitos legales inciden en la importancia de la implicación y del consentimiento de los padres. Por ejemplo, se exige el consentimiento de los progenitores antes de valorar al niño en un servicio de orientación psicopedagógica.

1.3 Avances y principales cambios en la asequibilidad

La oferta y los servicios de AT deberían ser asequibles para todas las familias y sus hijos con necesidad de apoyo independientemente de las diferencias socio-económicas. La recomendación de 2005 sugiere la gratuidad de los servicios. Esto implica que los fondos públicos deberían cubrir los costes de los servicios públicos, los de las ONG, los de las organizaciones sin ánimo de lucro, etc., cumpliendo con los estándares nacionales de calidad.

1.3.1 Financiación de los servicios de AT

Las medidas y las iniciativas políticas en Europa claramente defienden que los servicios de AT deben ser ofertados a toda la infancia con necesidad de apoyo y a sus familias, independientemente de su situación socio-económica.

De los informes nacionales se desprende que en todos los países participantes los servicios de AT están financiados con fondos públicos y, generalmente, las familias no pagan. En pocos casos, las familias deben hacer pequeños desembolsos.

En Austria, por ejemplo, en la mayoría de sus provincias los servicios de AT son gratuitos, pero en algunas, los padres deben

contribuir con alrededor de 6–12€ por servicio.

En Irlanda, las revisiones y tratamiento de salud de los niños con menos de cinco años son sufragadas por el Servicio Ejecutivo de Salud. Según la Ley para la Discapacidad de 2005, las valoraciones realizadas para detectar necesidades derivadas de una discapacidad se realizan independientemente de su coste o de la capacidad para ofrecer el servicio que deba intervenir según dicha valoración.

En Bélgica (comunidad francófona), se permite que los servicios de AT soliciten de las familias una aportación de un máximo de 30€ al mes. Si la familia no puede afrontar el pago, el servicio será realizado igualmente.

La financiación pública de la oferta y de los servicios de AT suelen provenir del gobierno central y/o de los fondos federales/regionales y/o de los locales. En muchas ocasiones la financiación de la AT se combina con los tres niveles administrativos arriba mencionados, los programas de seguros médicos y las organizaciones sin ánimo de lucro. Las decisiones sobre la gestión de los fondos y de cuáles se destinan a AT generalmente se toman localmente.

De acuerdo con los informes nacionales, la mayoría de los servicios de AT son públicos (p.ej., servicios de salud, sociales, centros educativos infantiles). En algunos lugares, las autoridades locales y/o los servicios sociales, de salud o educativos contratan o encargan a las ONG y a las organizaciones de voluntarios algunas actividades del servicio de AT.

Además, alguna ONG y/o centros independientes con intereses determinados (p.ej., síndrome de Down, sordera, dificultades de la comunicación y el lenguaje, autismo) ofertan sus servicios, pero muy a menudo actúan como voluntariado y consiguen subvenciones para que ciertas familias puedan tener el servicio con gratuidad.

En paralelo a los servicios públicos, como se dice en los informes nacionales, existen clínicas, centros, equipos de profesionales privados, etc. Algunas familias deciden acudir a estos servicios por distintas razones, como el de personal más experimentado, mayor calidad en el servicio, personal más cualificado, mayor proximidad al domicilio familiar, etc. En el sector privado son los padres los que pagan los gastos. En algunos casos, por ejemplo en Reino Unido (Inglaterra), para poder ofrecer un servicio de calidad, las autoridades locales, ocasionalmente, dotan con fondos que permitan

a las familias el uso de servicios privados, aunque esto no es muy frecuente.

Finalmente, siguiendo los informes nacionales, en muchos países existe un movimiento hacia una escolarización ordinaria de niños y niñas con necesidades educativas especiales tanto en centros públicos como privados. Esto es importante para la asistencia y el trabajo interdisciplinar más adelante con las familias.

1.4 Avances y principales cambios en el trabajo interdisciplinar

La oferta y los servicios de AT implican a profesionales de diferentes disciplinas y con distinta formación. En 2005, tres tipos de recomendaciones se sugirieron a la hora de garantizar la calidad del trabajo en equipo:

a) Cooperación con las familias como miembros del equipo al igual que los profesionales.

b) Enfoque cooperativo para asegurar un trabajo interdisciplinar antes de realizar las actividades previamente acordadas.

c) Estabilidad de los miembros del equipo que facilite el proceso de colaboración y la calidad de los resultados.

1.4.1 Cooperación con las familias

Según los informes nacionales, la tendencia en Europa en las iniciativas políticas actuales en relación a la AT es la de basarse en la experiencia. La mejor manera de lograr servicios rentables, profesionales y centrados en las familias que trabajen para éstas y los niños es cooperar con los padres e implicarles en todos los momentos de la planificación y el desarrollo de la atención a sus hijos.

En Francia, esta tendencia se aplica gracias a un novedoso enfoque que incide en que los profesionales reconsideren el importante papel desempeñado por los padres y en el hecho de que éstos pueden aportar a los profesionales información crucial sobre sus hijos.

De acuerdo con los informes nacionales, el trabajo con los padres se percibe cada vez más crucial en la implementación de los servicios de AT en Europa.

En Estonia, desde el 15 de mayo de 2005 al 15 de junio de 2009, el Ministerio de Educación e Investigación realizó el estudio

“Colaboración de los Padres e Intervención Temprana en Centros Infantiles” en cooperación con la Universidad de Tallin. Según el Currículo Nacional de los Centros Infantiles actualizado en 2008, el profesorado de educación infantil evalúa el desarrollo infantil en colaboración con las familias, haciendo entrevistas y, si es preciso, preparando planes individuales para los niños. Los centros infantiles proporcionan asistencia en las áreas de educación especial y de audición y lenguaje. Según el estudio, el 93% de los padres muestra mucha satisfacción con el seguimiento del desarrollo infantil en las instituciones al cuidado de la infancia. El estudio indicaba que cerca de la mitad de los padres participa activamente en el proceso de preparar y aplicar los planes individuales.

En Alemania (Baviera), existe una larga y fuerte tradición en el enfoque centrado en las familias como una parte importante de la eficacia de la atención temprana. Los padres se implican en las decisiones relativas a su hijo (información, formación y asesoramiento a los padres, asistencia a las reuniones, etc.).

En Grecia, el marco legal alienta a los padres a su participación en la elaboración del Plan Individual. Además se les recomienda colaborar con el Centro de Evaluación a la hora de decidir el lugar donde escolarizar a su hijo.

En algunos casos en Hungría, especialmente con las ONG, existen reuniones habituales entre los profesionales y las familias y éstas se implican en el establecimiento y aplicación del Plan Individual del Servicio.

En Portugal, las familias están inmersas en el proceso del Plan Individual de AT. La calidad de la interacción con las familias depende en gran medida de la experiencia y la pericia de los profesionales.

En la República Checa, se sabe que el debate entre los padres y las familias es parte del proceso de AT y la oferta dirigida al desarrollo del niño y el apoyo a las familias se discute y adapta en consonancia con las necesidades individuales y en estrecha cooperación con la familia.

Se promueven diversas iniciativas políticas, programas y actividades a nivel nacional a fin de desarrollar fórmulas de trabajo conjuntas padres/profesionales como parte de las tareas de los servicios de AT.

En Reino Unido (Inglaterra), por ejemplo, diversos programas nacionales como Asistencia Temprana, el Servicio Nacional para la Infancia, los Servicios para la Maternidad y Juventud y Objetivo la Infancia con Discapacidad (Early Support, the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services and Aiming High for Disabled Children), promueven el trabajo colaborativo con los padres a través de reuniones pautadas, Planes Familiares escritos conjuntamente, información compartida y, si es preciso, apoyo organizado de la figura de un profesional o asistente coordinador.

En Reino Unido (Irlanda del Norte), los proyectos Comienzo Seguro cooperan estrechamente con las familias, usuarios en general y abogados para garantizar que los servicios tienen en cuenta la participación e implicación de las familias en el desarrollo y puesta en práctica de los planes individuales. Además los padres están representados en los comités de gestión y existen mecanismos que aseguran la evaluación regular de los servicios ofrecidos.

En Irlanda, la legislación reciente promueve una colaboración cercana con los niños y sus familias en la planificación de los servicios. Esto se hace más evidente en los sectores educativo y sanitario.

En Francia, los Servicios de Bienestar Materno-infantil y los Centros Médicos y Sociales Infantiles han desarrollado fórmulas de trabajo conjunto con los padres como parte de la AT.

En Dinamarca y Suecia, se involucra a las familias en la aplicación del Plan Individual. El enfoque es holístico y la colaboración entre las familias y los profesionales es prioritaria. Se ofrece a las familias asistencia y asesoramiento y se les solicita que den sugerencias sobre la intervención.

Estos programas incluyen reuniones regulares entre los profesionales y las familias, la participación de los padres en el tratamiento de su hijo, la implicación de éstos en los procesos de evaluación, en la toma de decisiones, en la aplicación de los planes individuales, etc.

A pesar de las mejoras y progresos alcanzados en las relaciones entre los profesionales y las familias, los expertos del proyecto destacan la importancia de seguir trabajando en esta faceta para que los padres se impliquen activamente en el proceso de AT de sus

hijos. Para ello se precisan más dotaciones económicas y más tiempo.

1.4.2 Trabajo en equipo y estabilidad de la plantilla

En los servicios de AT y en los diferentes sectores implicados existe una variedad de profesionales con distinta formación y perfil profesional. Diversas iniciativas políticas relevantes en cada sector se han puesto en marcha con objeto de lograr la calidad de la oferta para los niños y sus familias.

Según los informes nacionales, las actuales medidas políticas en relación a la AT en Europa reconocen la necesidad de la promoción del trabajo interdisciplinar y en equipo entre los distintos sectores como fórmula que garantice una oferta de calidad. Esto precisa de equipos de trabajo estables que se reúnan con las familias con asiduidad. El propósito es el de estimular la organización de los profesionales gravitando alrededor de los niños y sus familias con enfoques novedosos y flexibles.

En los centros interdisciplinares de AT en Alemania (Baviera), profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas han trabajado conjuntamente durante años, compartiendo objetivos comunes. El trabajo interdisciplinar es parte de los currículos de formación de estos profesionales. Cada semana el equipo se reúne para discutir los casos, intercambiar información sobre asuntos relevantes y temas de AT. En el reconocimiento de la importancia del equipo interdisciplinar para la calidad del servicio, se destina una partida económica a la financiación de las reuniones del equipo.

En Portugal, los equipos se organizan con profesionales sanitarios, de la seguridad social y de educación. Estos equipos tienden al enfoque interdisciplinar. No todos los equipos se encuentran en al mismo nivel en lo que respecta a los aspectos organizativos y de calidad del servicio.

En los Países Bajos, son iniciativas que promueven el trabajo en equipo la cooperación entre los sectores educativo y social en relación a la intervención temprana y los equipos de asesoría en los colegios para detectar al alumnado de riesgo.

En la práctica, según los informes nacionales, el trabajo interdisciplinar y en equipo es facilitador y ocurre con mayor frecuencia entre los miembros de los equipos que entre los distintos

equipos. Como se consigna en el informe de los Países Bajos, se produce más a menudo cuando se comparte espacio físico (p.ej., hospitales, centros de salud, etc.) que cuando se ubican en distintos lugares. Según el informe de Chipre, las reuniones entre los profesionales de un mismo servicio se organizan regularmente con la intención de coordinar la planificación y debatir las dificultades de los casos y su seguimiento. Estas reuniones se preparan de forma reglada o a demanda de los componentes del equipo.

En el mismo país puede ocurrir que el trabajo en equipo y el interdisciplinar se organicen de diversas maneras. Por ejemplo, en Reino Unido (Inglaterra), en algunas zonas, los servicios de transporte se localizan junto con los terapeutas y los sanitarios en los centros infantiles. Se supone que los profesionales deben desarrollar su trabajo de forma interdisciplinar independientemente de su ubicación, pero trabajar junto con los especialistas en el reparto de servicios de AT puede ayudar a un trabajo colaborativo más estable.

En Francia, en la actualidad, uno de los principales retos es el de implementar un enfoque multidisciplinar e integrado dirigido a los niños con necesidades que tenga en cuenta diferentes perspectivas. En ocasiones existen diferentes enfoques por parte de los profesionales. Un enfoque interdisciplinar supone un cruce de puntos de vista y el desarrollo consensuado del proceso que gradualmente lleva a los profesionales a conocer distintas perspectivas y a transformar sus métodos. Un auténtico enfoque “transdisciplinar” puede abrirse a nuevas ideas y metodologías y enriquece la actividad de los profesionales para beneficio de los niños.

La distribución de presupuestos suficientes para el fomento de reuniones de trabajo interdisciplinar varía en los distintos países y entre zonas de un mismo país. La posibilidad de tener presupuestos para las reuniones de equipo es mayor cuanto mayor son los servicios. Según los informes nacionales, la mayoría del trabajo en equipo se realiza por los profesionales en su tiempo libre y se admite que mientras la financiación sea por sectores, el trabajo interdisciplinar continuará siendo limitado.

En Alemania, por ejemplo, los centros de AT tienen un presupuesto especial que cubre las reuniones semanales de los equipos interdisciplinares.

Siguiendo los informes nacionales, las condiciones para el empleo de los miembros de un equipo (p.ej., lenguaje común, tiempo, división de tareas definido), se acuerdan normalmente a nivel local. Esta circunstancia varía según los países así como entre las diferentes zonas de un mismo país.

En cuanto a en qué medida el trabajo interdisciplinar se trata en los currículos de formación de los profesionales, los expertos del proyecto manifiestan las diferencias entre países y entre disciplinas. No obstante, el tema del trabajo interdisciplinar en los programas formativos continúa siendo limitado. En los Países Bajos, algunas disciplinas (p.ej., médicos de rehabilitación, profesores de apoyo, etc.) tienen en sus currículos de formación el trabajo interdisciplinar, mientras que en otros no (p.ej., médicos especialistas, trabajadores sociales, etc.). En España, en muchos cursos de postgrado en AT el trabajo interdisciplinar es uno de los temas, pero no lo es de la formación inicial, ni de la continua.

1.5 Avances y principales cambios en la variedad y la coordinación

Este asunto tiene que ver con la variedad de las disciplinas implicadas en los servicios de AT, con la oferta y con la necesidad de coordinación. En 2005 se hicieron dos recomendaciones para garantizar que los sectores sanitarios, educativos y sociales presentes en los servicios de AT y su oferta compartan responsabilidades:

a) Buena coordinación intersectorial para conseguir el cumplimiento de los objetivos en todos los niveles de prevención a través de la adecuación y coordinación de las medidas de actuación.

b) Buena coordinación de la oferta para asegurar el mejor empleo de los recursos de la comunidad.

1.5.1 Coordinación intersectorial

Como se ha mencionado anteriormente, existen diversos sectores (salud, social, educativo, etc.) así como distintas disciplinas incluidos en los servicios de AT, por lo que se necesita una coordinación eficaz entre ellos para alcanzar los objetivos de la prevención y asegurar la calidad de servicio a las familias y sus hijos.

A continuación se detallan los principales tipos de servicios ofertados

por los sectores sanitario, educativo, social, etc. en los países participantes en el proyecto. (El número y la naturaleza de los servicios disponibles en cada país se presentan en los informes nacionales publicados en el sitio web de la Agencia.)

Los principales servicios ofrecidos desde el sector sanitario son:

- Servicio médico de bienestar materno-infantil (atención pre y postnatal).
- Centros y clínicas de salud (diagnóstico y tratamiento médico).
- Servicios de consulta familiar o de apoyo a las familias y a sus hijos.
- Unidades de salud mental y unidades de rehabilitación.
- Centros o servicios de AT.

Los principales servicios ofrecidos desde el sector social son:

- Servicios de protección a la infancia y centros o servicios de desarrollo infantil.
- Centros o servicios de asesoramiento y asistencia familiar.
- Servicios de día, guarderías o ludotecas.
- Servicios de apoyo a la integración y servicio de guardería.
- Centros o servicos de AT.
- Casas infantiles e instituciones para niños con discapacidad severa.

Los principales servicios ofrecidos desde el sector educativo son:

- Educación infantil y jardín de infancia en centros ordinarios o específicos.
- Centros privados de educación infantil para el periodo no obligatorio de educación.
- Centros de Orientación psicopedagógica y centros de desarrollo infantil.
- Centros o servicios de AT.
- Servicios de apoyo (para niños con deficiencias sensoriales,

discapacidades severas, etc.).

- Apoyo al aprendizaje o profesores de apoyo y auxiliares para necesidades especiales.
- Planes tutoriales domiciliarios y servicios de apoyo a la integración escolar.

Los principales servicios ofrecidos por otros sectores (servicios) como, por ejemplo, ONG son:

- Apoyo para los más pequeños en los centros ordinarios y centros infantiles.
- Servicios y proyectos de AT.
- Coordinación de servicios o coordinadores de necesidades educativas especiales.
- Servicios de apoyo a la infancia y familia.

Los informes nacionales muestran que la tendencia actual en Europa en lo relativo a las medidas y las políticas sobre AT es la de fomentar e incrementar mecanismos de coordinación entre sectores con roles y responsabilidades bien delimitadas y en cooperación con todos los elementos implicados, incluidas las familias y las ONG.

En Portugal, por ejemplo, la ley de AT define las competencias de cada Ministerio (Educación, Sanidad y Seguridad Social). La AT se basa en una cooperación intersectorial, incluidas las ONG.

En Chipre y Grecia, el servicio de coordinación para la oferta de AT promueve la coordinación de los servicios y el trabajo interdisciplinar alrededor de los niños y sus familias.

En España, el proyecto piloto de coordinación entre servicios en el sur de Madrid es una iniciativa cuyo objetivo es el de promover el trabajo interdisciplinar y que tiene en consideración a todos los servicios que actúan alrededor del niño y su familia.

En Dinamarca, desde 2006 la Ley de Consolidación de los Servicios Sociales establece objetivos para los servicios en diferentes aspectos. Gracias a esta ley, desde el 1 de enero de 2007, los noventa y ocho municipios están obligados a trabajar para la infancia siguiendo directrices comunes que aseguren la coherencia entre la prevención y la intervención, esta última centrada en la infancia con necesidades educativas especiales. Aunque la ley no especifica

formas concretas de desarrollo, los ayuntamientos están obligados a elaborar estándares para los procesos en la atención de la infancia y la juventud con necesidades educativas especiales. Los estándares deben, como mínimo, describir los objetivos y procedimientos para: la intervención temprana, la implicación sistemática de las familias y de las redes de trabajo, la evaluación y el seguimiento de la intervención.

A pesar de los esfuerzos y el progreso alcanzado, muchos países destacan el reto por lograr la coordinación real entre los sectores presentes en la AT y las implicaciones consiguientes para una oferta de servicios de AT eficiente.

En Eslovenia, por ejemplo, no existen medidas específicas que garanticen la coordinación intersectorial y que prevengan el solapamiento de actuaciones entre los distintos servicios. Las responsabilidades y roles de los distintos servicios no están definidas y, en consecuencia, existen diferencias y distancias insondables entre ellos.

En Suecia, la insuficiente coordinación con el servicio de transporte es un problema frecuentemente destacado por las familias cuando se les pide evaluar los procesos y los resultados de la intervención. Este problema es consecuencia del modelo descentralizado de AT que exige de los padres actuar como coordinadores de los servicios que atienden a sus hijos.

En Irlanda, los sectores de educación y de sanidad tradicionalmente actuaban por separado, pero gracias a los esfuerzos recientes existe más coordinación, aunque aún no se ha conseguido una coordinación entre servicios que garantice la eficacia y la calidad de éstos.

Otra dificultad apuntada por los expertos del proyecto es la del solapamiento de responsabilidades entre los distintos servicios. Incluso cuando dichas responsabilidades están definidas con claridad, su interpretación puede conllevar problemas. Las familias y sus hijos pueden sentirse perdidos entre los diferentes sectores, que ejercen presión sobre los padres con el fin de asegurar que las necesidades quedan cubiertas.

A pesar de los esfuerzos y mejoras en esta área de la coordinación intersectorial, muchos expertos del proyecto admiten que el objetivo verdadero de la coordinación entre aquellos que trabajan alrededor

del niño y sus familias supone un largo proceso y se necesita mucho más trabajo en la normativa y en la práctica.

1.5.2 Coordinación de la oferta y la continuidad del apoyo

Según los informes nacionales, la coordinación de la oferta y su distribución se consideran elementos clave para la eficacia de la intervención infantil.

Teniendo en cuenta que la oferta debe planificarse con todas las partes implicadas, los países participantes están promoviendo, según sus informes nacionales, una serie de medidas políticas, de iniciativas, programas y actuaciones que aseguren la continuidad del apoyo en la transición de los distintos servicios.

En Dinamarca, la información se pasa del centro infantil al colegio con expedientes reglados desarrollados por el municipio y completados por los educadores del centro infantil. Dicha información versa sobre la evaluación de las competencias lingüísticas y sociales de los niños y niñas y sus condiciones físicas y de salud. El centro infantil es responsable de trasladar la información al colegio y a instituciones de ocio y tiempo libre. Los padres están implicados y siempre han de firmar el expediente antes de ser enviado al colegio.

En Suecia y Portugal, los planes individuales elaborados entre los padres y los profesionales, buscan la continuidad a lo largo de todo el tiempo de intervención.

En Irlanda, el Service Statement establecido en la Ley para la Discapacidad de 2005, que se revisa anualmente, avanza los servicios que serán necesarios y su ubicación. Este Servicio puede también hacer cambios si es preciso. Los profesionales reconocen que la transición de un servicio a otro es un elemento clave, igual que el del desarrollo de estándares, que puede facilitar a los niños y sus padres el cambio de servicio.

En Luxemburgo, los servicios de AT colaboran con los escolares para garantizar que los servicios de apoyo seguirán prestándose al niño una vez abandonado el servicio de AT por su incorporación a la enseñanza obligatoria.

En Alemania (Baviera), los centros interdisciplinares de AT son responsables de una transición satisfactoria a otros servicios, en particular al colegio. Con este fin, los padres y profesionales

intercambian información que facilita mayor calidad del servicio en el nuevo emplazamiento.

En relación al alcance de la prioridad dada a la hora de la escolarización en colegios de educación infantil de los niños procedentes de AT, existen diferentes situaciones a lo largo de Europa.

En ciertos países, por ejemplo en Lituania o Luxemburgo, no existe prioridad alguna para los niños atendidos en servicios de AT. En otros países como Chipre, Eslovenia, España, Grecia, Hungría, Islandia, Letonia, Noruega, Polonia o Suecia, se les da prioridad de forma oficial. En otros casos, por ejemplo en Alemania, Finlandia, Francia, Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del Norte) o Suiza, la prioridad no es necesaria en tanto y cuanto todos los niños y niñas tienen derecho a estar escolarizados en un centro infantil a partir de cierta edad.

En Portugal, la Ley sobre Necesidades Educativas Especiales establece la prioridad en la matriculación para niños con necesidades educativas especiales tanto en los centros de infantil como de primaria.

A pesar de la importancia de las medidas políticas y de los programas aplicados, así como los progresos y la evolución alcanzados, los expertos del proyecto han destacado la necesidad de realizar más esfuerzos en el campo de la coordinación en la oferta para asegurar la continuidad de la asistencia cuando un niño cambia de un servicio a otro.

1.5.3 Información complementaria sobre la calidad de los estándares en los servicios de AT

El alcance con que las medidas políticas sobre AT definen con claridad la calidad de los estándares que se aplican tanto en los servicios públicos como privados varía en Europa.

Como se recoge en los informes nacionales, parece que en algunos países como en Alemania, Bélgica (comunidad francófona), Francia, Irlanda, Islandia, Letonia, Malta, Noruega, Reino Unido (Inglaterra e Irlanda del Norte), República Checa, Suecia o Suiza, existen medidas políticas especiales así como directrices que definen la calidad de los estándares para los servicios de AT que se requiere sean seguidos tanto por el sector público como por el privado.

En Suecia, el Consejo Nacional de Educación y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar se encargan de evaluar y controlar que los estándares sean respetados.

En otros lugares, como en Eslovenia, Hungría o Polonia, no hay estándares específicos centralizados para los servicios de AT. En Hungría, se están haciendo grandes esfuerzos para aplicar estándares adecuados en las ONG.

En relación a la diferencia en el tiempo de las listas de espera entre la oferta de AT del sector público y el privado, los expertos del proyecto recomiendan algunas iniciativas y realizar algunos esfuerzos a la hora de conseguir la misma calidad en la oferta de ambos sectores. Por ejemplo, Islandia ha incrementado los fondos para el sector público para que se reduzca el número de niños en lista de espera.

A pesar de los esfuerzos realizados, según se desprende de los informes nacionales, se necesita hacer más para conseguir el equilibrio en ambos sectores. En algunos casos, parece haber diferencia en el número de niños en lista de espera, como, por ejemplo en Chipre o en Noruega, y de un tiempo de espera menor en el sector privado que en el público.

Como describen los expertos del proyecto, la razón de las largas listas de espera en los servicios públicos de AT es debido a la escasez de servicios en relación a la demanda actual.

En Francia, las posibles diferencias en las listas de espera se deben a la falta de servicios en comparación con las necesidades familiares. Tales diferencias son independientes del tipo de financiación, pública o privada.

En Bélgica (comunidad francófona), hay listas de espera en ambos sectores, privado y público. Recientemente, en Grecia, debido al incremento elevado del número de niños y niñas inmigrantes, hay listas de espera en los dos sectores. En Suecia, la cuestión no es si los servicios del sector privado y del público son de mayor calidad, sino si los ayuntamientos y los condados responsables de los servicios ofertan similares servicios, con la misma calidad y siguiendo las leyes, políticas y normativas.

Finalmente, partiendo de los informes nacionales, puede decirse que desde 2004 los países participantes han llevado a cabo esfuerzos y

avances en el fomento del desarrollo de los servicios de Atención Temprana (AT). Se han implementado iniciativas y medidas políticas, programas y acciones en los niveles locales, regionales y nacionales a fin de mejorar el número y la calidad de los servicios de AT ofrecidos a los niños que los necesiten y a sus familias. A pesar de las mejoras, se necesita mantener los esfuerzos para garantizar que todos los niños y niñas que lo necesiten y sus familias pueden recibir AT de calidad y que sus derechos son respetados completamente.

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los informes nacionales de 2009, puede señalarse que todos los países han realizado esfuerzos y avances en, aparentemente, todos los niveles, aunque es necesario seguir trabajando. Desde 2005 han acontecido cambios positivos en relación a los cinco elementos presentados en el estudio anterior: disponibilidad, proximidad, asequibilidad, interdisciplinariedad, variedad y coordinación. Estos cinco elementos están conectados entre sí y no pueden considerarse de forma aislada unos de otros.

Los resultados extraídos del estudio dirigido por la Agencia en 2005 destacaron el principio de que "la AT está ligada al derecho de la infancia y de sus familias a recibir la asistencia que puedan necesitar. La AT tiene como propósito la atención y el desarrollo de los niños y niñas, de sus familias y de los servicios implicados. Contribuye a crear una sociedad inclusiva y cohesiva que conoce los derechos de la infancia y de sus familias." (Pág. 3)

2.1 Conclusiones

Las conclusiones de este estudio indican claramente que el principio mencionado en 2005 tiene en cuenta tres prioridades que se concretan en **cuatro** propuestas. En cuanto a las prioridades:

- Se necesita alcanzar a toda la población que precisa de AT. Esta prioridad está en relación con el objetivo común de la AT y la prioridad de todos los países participantes en atender a todos los niños y niñas y sus familias que precisan apoyo lo antes posible.

- Se necesita garantizar la calidad e igualdad de estándares en la oferta. Esta prioridad está en relación con la necesidad de tener estándares de calidad bien definidos con respecto a los servicios de AT y su oferta. Es más, el desarrollo de mecanismos que evalúen la oferta y aseguren que la calidad de los estándares se respeta, mejoraría la eficacia de los servicios de AT y garantizarían la misma calidad de la oferta nacional de los servicios, a pesar de las diferencias geográficas.

- Se necesita el respeto de los derechos y las necesidades de los niños y de sus familias. Esta prioridad está en relación con la necesidad de crear servicios responsables y centrados en la familia

que trabajen para éstas y sus hijos e impliquen a los padres en todos los niveles de la planificación y desarrollo de los niños y niñas.

Estas tres prioridades se complementan en **cuatro** propuestas concretas:

- Legislación y medidas políticas. Los informes nacionales destacan que se han adoptado un importante número de leyes, regulaciones, decretos y medidas de índole político desde 2004/2005 (Anexo). Esto muestra la implicación y el compromiso de los que toman las decisiones en relación a la AT. Para asegurar que la AT se implementa de la forma más eficaz, se precisa de más actuaciones. La aplicación y el seguimiento de las medidas políticas son tan importantes como las propias medidas.

- El papel de los profesionales. Los informes nacionales subrayan el rol fundamental de los profesionales en todos los niveles.

  - La forma en que la información se da a las familias.
  - Los programas de formación enfocados a la capacidad para el trabajo en equipos multiprofesionales, compartiendo criterios comunes, objetivos y trabajo eficaz con las familias.

- Algunos informes nacionales identifican la necesidad de la figura de un coordinador entre los diversos servicios. Esto garantizaría la coordinación entre los servicios, los profesionales y las familias. Esto se ha aplicado en algunos países con buenos resultados.

- Mejora de la coordinación intersectorial. Esta propuesta se ha destacado en el estudio del proyecto, enfocada principalmente a la necesidad de cooperación y coordinación entre sectores.

2.2 Recomendaciones

Las recomendaciones abajo indicadas se basan en el principio de que la Atención Temprana es un derecho de todos los niños y niñas y sus familias con necesidad de apoyo. Las recomendaciones se han elaborado sobre la información de los informes nacionales y de los principales resultados extraídos de los debates y de las conclusiones de la actualización del proyecto en relación a los cinco elementos y recomendaciones recogidos en el primer proyecto de la Agencia de 2005. Están relacionados con las tres prioridades generales y las cuatro propuestas mencionadas en las conclusiones.

2.2.1 Alcanzar a toda la población que necesite AT

Esta conclusión está relacionada con el objetivo y con la prioridad compartida por todos los países participantes de alcanzar a todos los niños y a sus familias que necesiten apoyo tan pronto como sea posible.

Los expertos del proyecto proponen tres recomendaciones para asegurar que todos los niños y sus familias con necesidad de AT la reciben:

1. La política y el asesoramiento deberían hacer posible que los servicios de AT se facilitaran a todos los niños y niñas y sus familias tan pronto como sea posible, tras la detección de las necesidades.

2. Los servicios y la oferta de AT se deberían organizar en respuesta a las necesidades de los niños y las familias y no al contrario. Los niños y las familias deberían estar en el centro de todas las actuaciones en el proceso de la AT. Los deseos de las familias deberían respetarse, incluyendo la posibilidad de elección.

3. La información compartida entre los profesionales y ofrecida adecuadamente a las familias debería ser alta prioridad. Los responsables de la organización de los servicios deberían tener la responsabilidad de garantizar que todas las familias tienen acceso al derecho a la información que necesiten.

2.2.2 Asegurar la calidad e igualdad de los estándares en la oferta y la distribución de la AT

Esta conclusión está relacionada con la necesidad de que las medidas y directrices políticas definan con precisión estándares de calidad para los servicios y la oferta de AT. También está relacionada con la necesidad de desarrollar mecanismos eficaces de evaluar la eficacia y la calidad de los servicios de AT.

Los expertos sugirieron seis recomendaciones a la hora de asegurar estándares de calidad y equidad en la provisión y el reparto de la AT:

1. Los políticos deberían considerar el desarrollo de estándares comunes de evaluación del uso de los servicios de salud, educativos y sociales y deberían dar respuesta a qué se debe evaluar y la mejor forma de implicar a las familias en el proceso de la calidad de la evaluación (p. ej., usando formularios tipificados).

2. Los políticos deberían contar con mecanismos eficaces para evaluar la demanda de servicios de AT y para comprobar si los ofertados dan respuesta a las demandas para ser capaces de mejorar el servicio. Debería elaborarse una fórmula de recogida y seguimiento de datos nacionales fiables.

3. Los políticos deberían asegurar la continuidad de las experiencias de calidad para el niño desde el nacimiento hasta la edad adulta. Dicha continuidad debería garantizar la calidad del apoyo solicitado cuando los niños pasan de un servicio a otro.

4. Deberían desarrollarse mecanismos de evaluación (p.ej., un conjunto de indicadores) para valorar el progreso en la aplicación de los cinco elementos, disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar, variedad y coordinación, así como el desarrollo de los servicios de AT.

5. El desarrollo de las competencias profesionales debería ser prioritario, incluyendo los grados y la formación continua, el conocimiento de los expertos en el desarrollo de itinerarios, compartir la cultura del aprendizaje entre familias y profesionales y la comprensión mutua de profesionales y disciplinas.

6. La necesidad y el beneficio del trabajo interdisciplinar (p.ej., presionando a los que toman decisiones, diseñando ejemplos sobre las prácticas) deberían ser apoyados mediante la concienciación en los diferentes niveles del sistema.

Además, los expertos subrayaron la necesidad de presentar enfoques adecuados para garantizar la calidad y el desarrollo:

- Estableciendo posibilidades de compartir y divulgar buenas prácticas.
- Mejorar el enfoque basado en la evidencia de la mejora de resultados para los niños y sus familias y facilitar el cambio de actitudes y las prácticas.
- Desarrollar instrumentos de evaluación y mecanismos que aseguren la calidad.
- Desarrollo de un enfoque sistemático en la difusión de resultados.

2.2.3 Consideración de los derechos y necesidades de los niños y niñas y sus familias

Esta conclusión está relacionada con la necesidad de crear un enfoque centrado en la familia y servicios responsables que trabajen para los niños y sus familias y que impliquen a los padres en cada uno de los niveles de la planificación y el desarrollo de los servicios de AT para sus hijos.

Se sugirieron siete recomendaciones se sugirieron por parte de los expertos para garantizar que los derechos y necesidades de los niños y sus familias son respetados durante el proceso de la AT:

1. Las políticas y el asesoramiento, en el respeto a la diversidad, promoviendo la implicación de las familias y reconociendo que éstas son una fuente de conocimiento y experiencia sobre sus propios hijos, deberían también tener en cuenta que algunas familias pueden necesitar asistencia a la hora de conocer y comprender las necesidades de su hijo y lo que pueda ser mejor para éste.

2. La reglamentación y el asesoramiento deberían asegurar que en situaciones de riesgo, cuando los profesionales y las familias discrepan en lo que es mejor para el niño, los derechos de éste deberían ser lo primero.

3. La relación continua con los profesionales que trabajan con las familias es muy importante para éstas. Cuando la relación con las familias es altamente valorada por las mismas, los políticos y gestores deberían hacer todo lo posible para que los profesionales clave continuaran trabajando con la familia tanto como fuera posible.

4. Los términos y las condiciones para el empleo de profesionales que trabajan en el campo de la AT precisa de una reflexión sobre la importancia del trabajo interdisciplinar y de colaboración con las familias. Se debería promover el que los profesionales dispusieran de tiempo y capacidad para poder desarrollar el papel de coordinadores o persona de contacto, permitiendo la participación del niño y sus familias en las reuniones y en la planificación conjunta.

5. La reglamentación y el asesoramiento debería poner el énfasis en el trabajo colaborativo y con las familias como parte central de la AT. Sin embargo, el conocimiento de la naturaleza del trabajo conjunto debería hacerse extensivo al reconocimiento del valor de implicar a

las familias en la formación de profesionales, la revisión de los servicios y la planificación para facilitar la mejora.

6. La reglamentación y el asesoramiento deberían reconocer la naturaleza holística del apoyo a las familias y arbitrar las ayudas necesarias para las familias que trabajan y vincular el desarrollo de la normativa sobre AT con la normativa relativa al empleo, la atención a la infancia, etc.

7. El objetivo de la reglamentación y el asesoramiento debería ir más allá del apoyo a los padres para ampliar el apoyo a toda la familia, incluidos los abuelos, hermanos y, si fuera preciso, otros miembros de la familia.

2.2.4 Legislación y medidas políticas

Los informes nacionales apuntan que las medidas políticas necesitan tener en cuenta los cinco elementos destacados en 2005. También sugirieron las siguientes recomendaciones sobre legislación y las políticas a seguir:

1. Coordinación eficiente de los servicios con clara identificación de roles y responsabilidades.

2. Igualdad en la calidad de la oferta de acuerdo a unos estándares de calidad bien definidos.

3. Un incremento en la legislación o en las medidas políticas para evitar o equilibrar la desigualdad o las situaciones discriminatorias.

4. Completa implicación de las familias en todo el proceso de la AT.

5. Una transición bien organizada entre servicios garantizando la continuidad de la asistencia cuando los niños pasan de un servicio a otro.

2.2.5 Mejora de la coordinación intersectorial

Los expertos sugirieron dos recomendaciones para la mejora de la coordinación de los servicios de AT y su oferta:

1. La AT es a menudo un trabajo intersectorial, y en cualquier caso un trabajo interdisciplinar. Los políticos deben conocer esta realidad para garantizar que la reglamentación y el asesoramiento se desarrollan conjuntamente por los departamentos de los servicios de salud, educación y sociales y que cualquier información publicada a nivel local o regional lleva impresos los logotipos de más de un

departamento. Sólo así el trabajo integrado se filtrará del nivel regional al local.

2. La reglamentación y el asesoramiento deberían enfatizar la importancia de la coordinación, del trabajo planificado conjuntamente en momentos clave de transición cruciales para las familias y sus hijos.

2.2.6 Fomento del rol de los profesionales

Esta conclusión afecta al papel clave que juegan los profesionales involucrados en las distintas fases del proceso de AT. La siguiente recomendación fue sugerida por los expertos para mejorar la formación de dichos profesionales:

Se precisa más formación para todos los profesionales que intervienen en la AT. Parte de la formación tiene un carácter especializado y está asociada a unas condiciones determinadas. De igual relevancia es la formación general de la plantilla de expertos como la del personal que trabaja en los servicios de AT:

a) Trabajo interdisciplinar.

b) Trabajo con las familias.

c) Oportunidades de formación inicial y continua para el desarrollo profesional.

Los cinco elementos, disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar, variedad y coordinación, así como sus respectivas recomendaciones presentadas a fin de ser aplicadas satisfactoriamente, han sido la base de la actualización del proyecto de la Agencia.

Durante este estudio, se han revisado las recomendaciones de 2005 a fin de comprobar si se han tenido en cuenta en el funcionamiento de los servicios y si ha habido avances. Cabe señalar que la observancia de los cinco elementos y sus respectivas recomendaciones garantizarán que se logre el principio básico, el derecho a que todos los niños y niñas y sus familias reciban la asistencia que puedan necesitar, en sintonía con las tres prioridades señaladas en el presente estudio:

- Llegar a toda la población que necesite AT.
- Garantizar la calidad dentro de unos estándares de calidad.
- Respetar los derechos de los niños y las niñas y sus familias.

EXPERTOS

Alemania	Franz PETERANDER	peterander@lrz.uni-muenchen.de
Austria	Manfred PRETIS	office@sinn-evaluation.at
Bèlgica (Comunidad Francófona)	Maryse HENDRIX	m.hendrix@awiph.be
Chipre	Maria KAKOURI-PAPAGEORGIOU	agpapge@cytanet.com.cy
Dinamarca	Inge SVENDSEN	Sekuisv@skolestyrelsen.dk
Eslovenia	Bojana GLOBAČNIK	Bojana.globacnik@gov.si
	Nevenka ZAVRL	Nevenka.zavrl@zd-lj.si
España	Yolanda JIMÉNEZ	yolanda.jimenez@educacion.es
	Elisa RUIZ VEERMAN	elisaveerman@gmail.com
Estonia	Tiina PETERSON	Tiina.peterson@hm.ee
Finlandia	Liisa HEINÄMÄKI	Liisa.heinamaki@thl.fi
Francia	Paul FERNANDEZ	Fernandez.paul@free.fr
Grecia	Theodoros KARAMPALIS	th.karampalis@gmail.com
Hungría	Barbara CZEIZEL	Czeizel.barbara@koraifejleszto.hu
Irlanda	Thomas WALSH	Thomas_walsh@education.gov.ie
Islandia	Hrund LOGADOTTIR	Hrund.Logadottir@reykjavik.is
Letonia	Gundega DEMIDOVA	Gundega.demidova@vsic.gov.lv
Lituania	Stefania ALISAUSKIENE	s.alisauskiene@cr.su.lt
Luxemburgo	Jacques SCHLOESSER	jschloesser@sipo.lu
	Michèle RACKÉ	mracke@sipo.lu
Malta	Rose Marie PRIVITELLI	rose-marie.privitelli@gov.mt

	Marvin VELLA	marvin.vella@gov.mt
Noruega	Lise HELGEVOLD	Lise.helgevold@uis.no
Países Bajos	Susan MCKENNEY	S.E.Mckenney@gw.utwente.nl
Polonia	Małgorzata DOÑSKA-OLSZKO	mdonska@poczta.onet.pl
	Ewa GRZYBOWSKA	ewagrzybowska@op.pl
Portugal	Graça BREIA	Graca.breia@dgidc.min-edu.pt
	Filomena PEREIRA	Filomena.pereira@dgidc.min-edu.pt
Reino Unido (Inglaterra)	Sue ELLIS	Sue.ellis@nationalstrategies.co.uk
	Elizabeth ANDREWS	e.m.andrews@btinternet.com
Reino Unido (Irlanda del Norte)	Joan HENDERSON	Joan.Henderson@deni.gov.uk
República Checa	Jindriška DRLÍKOVÁ (HARAMULOVÁ)	jdrlikova@centrum.cz
	Zdenka SLOVÁKOVÁ	zdenka.slovakova@volny.cz
Suecia	Lena ALMQVIST	Lena.almqvist@mdh.se
Suiza	Silvia SCHNYDER	Silvia.schnyder@szh.ch

ANEXO

Este cuadro muestra la legislación relevante y los cambios en las políticas sobre la AT en los países participantes.

País	Anterior 2004	Posterior 2004–2005
Alemania	1974 **Ley Federal** (Bundessozialhilfegesetz – BSHG) que permite al "Bundesländer" **establecer centros de atención temprana para niños con discapacidad o en riesgo de padecerla y el apoyo a sus familias** 1974 Fundación de los primeros centros inter-disciplinares regionales y orientados a la familia en Baviera 2001 **Ley Federal Especial** (Sozialgesetzbuch IX) **relativa a la detección temprana de necesidades especiales y AT interdisciplinar**	2005 **Aplicación de programas de educación temprana** (Frühe Bildung) para la prevención de la infancia en riesgo 2005 **Ley Bávara sobre Centros Infantiles Integrados** (BayKiBiG) 2007 Establecimiento de un **"Centro Nacional de Asistencia Temprana"** que desarrolla un sistema de detección para la infancia en riesgo, que apoya a las familias y que desarrolla el trabajo coordinado entre diferentes instituciones en los primeros años y para fomentar la investigación en AT. 2008 **Ley federal** que incrementa el número de guarderías (para niños de 0 a 3 años)
Austria	**a) Nivel federal** 1967 Familienlastenausgleichsgesetz (Compensación a las familias: compensación económica a niños que tengan un grado de discapacidad del 50%) **b) Nivel provincial y federal** (1993 en adelante), varias leyes y regulaciones relativas a la "prestación de asistencia", sobre el	**a) Nivel federal** 2009 Ley de Igualdad de las personas con discapacidad: se prohíbe la discriminación de las personas con discapacidad. 2009, Styria, Enmienda a la prestación de asistencia. Se destaca la necesidad del cuidado a los niños con discapacidad severa (un mayor número de niños

	complejo asunto de la "necesidad" de atención a niños muy pequeños y el cuidado "adicional" por discapacidad **c) Nivel Provincial (este nivel regula la AT. 3 ejemplos de 9)** Desde 1985 en Styria, la AT es un servicio reconocido para la infancia con discapacidad o en riesgo de padecerla. 1990/1991 Ley de Salud Juvenil: la AT se define también como un servicio para el bienestar 1993 Reglamentación de la organización de la AT: p.ej. sobre la identificación de los estándares básicos de la formación de los profesionales 2. Alto Austria Diferentes regulaciones y práctica heterogénea 3. Viena 1986 Ley para las Personas con Discapacidad: la AT se considera un apoyo a la transición a la escolarización. 1990 Ley de Salud Juvenil: base de la AT	pequeños recibirán ayuda) **c) Nivel Provincial** 2004 Styrian (nueva) Ley de Servicios para las Personas con Discapacidad: derechos en relación a los servicios destinados a las personas con discapacidad, implementación de normativa sobre modelos de financiación; implementación de equipos independientes para la evaluación de los expertos 2005 Enmienda a la Ley de Salud Juvenil: se definen estándares básicos de calidad de la AT. Los servicios de AT son gratuitos para los padres 2. Alto Austria 2005 (nueva) Ley de Igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad: AT disponible para los niños escolarizados. Las decisiones se toman en los distritos. Se definen requisitos básicos en la formación de los profesionales. 3. Viena 2009 (nueva) Ley de Igualdad de oportunidades: La AT se incluye dentro de la lista de servicios obligatorios destinados a la infancia
Bélgica (Comunidad francófona)	1939 **leyes** coordinadas **sobre las prestaciones a las familias** 1970: **Ley sobre los profesores de educación especial** incluida la educación infantil (de 3 a 6 años) 1995 **Decreto Valón sobre la integración de las**	Dos proyectos piloto previos a la generalización: 1. 2010 nuevas políticas y un programa piloto para ayudar a los profesionales a informar adecuadamente a los padres sobre la discapacidad de su hijo/a y de la oferta de servicios a su

	personas con discapacidad 1995: **Decreto que organiza los acuerdos y los subsidios a los servicios de atención temprana** (actualizada en 2004). Los servicios de AT deben coordinar toda la ayuda que el niño recibe (centros de día, educación infantil, servicios médicos, etc.) 1999 (actualizada en 2009): **ley sobre asistencia técnica** (material especial para niños invidentes y sordos, sillas de ruedas y apoyos para la movilidad para niños con discapacidad motórica)	disposición La atención se centra en la declaración de discapacidad por parte de los profesionales y de cómo los padres pueden o no negarse a la forma de ser tratada. De este modo, la declaración de discapacidad con frecuencia se retrasa y, a su vez, retrasa la intervención 2. 2008–2011 creación de un equipo móvil de enfermeros especializados en discapacidad que apoya al personal de los centros infantiles ordinarios que reciben uno o varios niños con nee. Cuando adquieren la suficiente experiencia, el equipo se desplaza a otros centros Por distintos motivos, las guarderías y centros infantiles rehúsan tener niños con discapacidad. Ahora se sabe que la inclusión de niños con discapacidad en grupos ordinarios es muy positiva para todos los niños. El proyecto se evalúa una vez al año
Chipre	1989 **Ley de Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales** 1999 **Ley**, 2001 Regulaciones y 2001 Administrativo **Leyes sobre la educación y formación de los niños con necesidades especiales**. Mecanismos de Detección Precoz de Niños con Necesidades Especiales 2000/2004 **Ley a favor de las Personas con**	2009 Establecimiento del Departamento de Integración Social de las Personas con discapacidad aplicando la Ley de Personas con Discapacidad de 2000–2004

	Discapacidad 2001 Decisiones del consejo de Ministros estableciendo la Coordinación de los Servicios de AT 2001 **Regulaciones en la Detección Precoz de niños con Necesidades Especiales** 2001 **Regulaciones de la Educación y Formación de los Niños con Necesidades Especiales**	
Dinamarca	**Ley de Educación** 1998 **Ley de Servicios Sociales**	2004 **Ley sobre planes de aprendizaje pedagógico para la infancia**: desde enero de 2007 todos los ayuntamientos tienen la obligación de aplicar la misma política para asegurar la coherencia entre actuaciones generales y preventivas y dirigirlas a la atención de los niños con necesidades educativas especiales
Eslovenia	No existe legislación específica para la AT. La salud y a prevención es responsabilidad del Ministerio de Salud	Durante 2009/10 se están elaborando una ley sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad y otra sobre igualdad de condiciones para niños con necesidades educativas especiales
España	1982 **Ley de Integración Social de los Minusválidos** 1995 **Real Decreto de Ordenación de la Educación de Los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales** 1997–2002 **I Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid**,	2005, **II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid** incluye la oferta existente de AT 2006 Leyes **reguladoras de la educación inclusiva y de la dependencia para las personas con discapacidad**, incluyen los aspectos específicos del periodo infantil 0–3 años

	pretende hacer una estimación de la incidencia real de los trastornos de desarrollo infantiles 2000 publicación de **"Libro Blanco de la Atención Temprana"** que establece los principios para el futuro desarrollo de la AT 2002 **Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza** restablece el periodo de edad 0–3 como una etapa socio-educativo **2003 Ley de Igualdad de Oportunidades no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad** nuevas disposiciones, principalmente referidas a la accesibilidad	2006 **Ley Orgánica de Educación (Ámbito nacional)** con un compromiso decidido por la educación inclusiva y el incremento de centros infantiles gratuitos (0–3 años). En el ámbito regional "Plan Educa3" (2009)
Estonia	1992 **Ley de Educación** 1999 **Ley de Instituciones al Cuidado de los Niños en Edad Escolar** que pretende la inclusión con nnee en centros infantiles ordinarios	2008 Programa ESF, **"Desarrollo de una Organización Educativa de Información y Asesoría",** pretende asegurar la AT en todas las zonas 2008 Programa estatal **"Un centro infantil para cada niño"**
Finlandia	1972 **Ley de Salud Pública** y 1991 **Decreto sobre Rehabilitación Médica** 1973 **Ley de Atención de Día a la Infancia** 1977 **Ley sobre servicios especiales para personas con discapacidad intelectual** 1982 **Ley de Bienestar Social** 1987 **Ley de Bienestar Social, Servicios y**	2005 **Ley de Apoyo a los familiares** 2009 Anexo a la **Ley (1987 Servicios para las Personas con Discapacidad):** Asistente Personal y planes de servicios personales para las personas con discapacidad

	Asistencia a las Personas con Discapacidad (dotaciones generales para personas con discapacidad a cualquier edad) 2001 **Reglamento que establece que la enseñanza en centros infantiles de día y en colegios será gratuita hasta los seis años**	
Francia	1975 **Ley que define las directrices para las personas con discapacidad** 1989 **Ley para la protección y la promoción de la salud familiar y del niño**	2005 **Ley sobre igualdad de derechos y oportunidades, participación y ciudadanía de las personas con discapacidad** 2007 Decreto que establece las responsabilidades de los centros y los servicios de día 2008 Informe Ministerial sobre el desarrollo de la AT 2009 Metas y organización de la Convención firmada por el Gobierno y por el Departamento Nacional de Seguros que define las necesidades y el apoyo financiero para la aplicación del derecho de las familias al cuidado de sus hijos
Grecia	1981 **Ley** sobre la ubicación **de unidades de atención especial para niños y sus padres** 1985 **Ley de Educación**, que determina la educación de necesidades especiales 2000 **Ley de Educación Especial,** el Ministerio de Educación estableció los Centros de Diagnóstico, Evaluación y Apoyo en las capitales de provincia para todos los niños, principalmente a partir de los 3 años	2008 **Ley** 3699/2008 **sobre Educación Especial y la Educación de Personas con Discapacidad o con Necesidades Educativas Especiales**

Hungría	1993 **Ley de Provisión Social** (y siguientes normas reguladoras) 1993 **Ley de Educación** 1997 **Leyes de Salud** (y siguientes normas reguladoras)	2006 **Ley de Igualdad de Derechos**
Irlanda	1998 **Ley de Educación** 1999 documento político **"Primeras directrices Nacionales para la Protección y el Bienestar de la Infancia"** 2000 Estrategia Nacional para la Infancia **"Nuestra infancia, sus vidas"** 2000 a 2004 **Leyes sobre Igualdad**	2004 **Ley sobre Educación de las personas con necesidades educativas especiales** 2005 **Ley de la Discapacidad** Las leyes de 2004 y de 2005 pretenden asegurar la eficacia de la coordinación entre los sectores sanitario y educativo
Islandia	1992 **Ley para las personas con discapacidad** 1993 **Ley de Servicios Sociales Locales**	2007 **Resolución Parlamentaria sobre un plan de acción de cuatro años para mejorar la situación de la infancia y de los adolescentes** 2008 **Nueva Ley de Educación:** Ley sobre Centros Infantiles y sobre Educación Obligatoria, ambas persiguen asegurar el bienestar y la adaptación de los niños que pasan de educación infantil a obligatoria 2008 **Ley sobre Centros de Servicios y Conocimiento para las personas ciegas o con dificultades visuales o para las personas sordas o con dificultades auditivas**

Letonia	1997 **Ley de Tratamiento Médico**, junto con Regulaciones desde 2004 sobre organización y financiación del cuidado sanitario en el que se tratan asuntos sobre disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud 1998 **Ley de Protección y derechos de la Infancia** (grandes cambios en 2004): gratuidad de la educación y de la atención sanitaria para todos los niños y el apoyo y los servicios adicionales para niños con necesidades especiales 1998 **Ley de Educación,** sobre los principios de asequibilidad, proximidad, diversidad y calidad de los servicios educativos 1999 **Ley de Educación General,** en 2001 se amplía con Regulaciones sobre las competencias de las comisiones médicas y pedagógicas locales y estatales 2001 Regulaciones sobre el acceso a centros de educación especial (define los grupos destinatarios de los servicios educativos especializados) 2002 **Ley sobre los Servicios y la Asistencia Social**, trata sobre disponibilidad, proximidad y coordinación interdisciplinar de los servicios sociales 2002 **Ley sobre Subsidios Sociales Estatales**, sobre la financiación de las becas a las familias con hijos	2004 programas estatales **"Letonia para la Infancia"** y Concepto Estatal para las Políticas Familiares dirigidos a los principios de AT 2007 **Plan Nacional de Desarrollo**, que introduce principios de AT 2007 **Directrices Estratégicas para el Desarrollo de la Educación**, enfatizando el desarrollo de la educación infantil
Lituania	1996 **Ley de Protección de los Derechos de la**	2009 El Ministerio de Educación preparó y aprobó en

	Infancia 1998 **Ley de Educación Especial** 2000 **Normas Reguladoras sobre AT**	un documento oficial "La descripción del modelo de *mejora de la vida y las condiciones educativas de la infancia desde el nacimiento hasta la escolarización"* en consonancia con el Programa Gubernamental 2008–2012
Luxemburgo		2008 **Ley de Ayuda a la Infancia y las Familias**, que reorganiza los servicios de apoyo social y educativo y presenta la "Oficina Nacional de la Infancia" 2009 **Ley de Educación** que crea las comisiones locales y regionales para la inclusión
Malta		2006 **Normativa Nacional sobre Educación Infantil y Atención Temprana** 2006 Publicación de **Estándares Nacionales para los Centros de Día Infantiles**
Noruega	**Ley de Educación Infantil** §a 13 Prioridad en la escolarización: los niños con discapacidad tienen derecho prioritario a la escolarización en centros infantiles. Se precisa la valoración de un experto si hay discapacidad. § 4.12 y 4.4, 2º y 4º párrafos, el derecho a la prioridad en la admisión en el centro infantil. La comunidad es responsable de que los niños con derecho prioritario se acomoden al centro educativo. **Ley sobre servicios de salud en los**	

	ayuntamientos § 2-2 Derecho de la infancia a la salud: los niños tienen derecho a una asistencia sanitaria básica en los servicios de salud del ayuntamiento donde el niño reside o vive temporalmente. Los padres están obligados a contribuir a este cuidado. **Ley de servicios sociales** (Capítulo 4 Servicios sociales) § 4-1. Información y asesoramiento: los servicios sociales son responsables de dar información y asesoramiento que ayude a solventar o prevenir problemas sociales. Si los servicios sociales no pueden hacerlo, deben garantizar, en la medida de lo posible, que sea realizado por otros. § 4-2. Servicios. Los servicios sociales deben incluir: a) Asistencia y formación práctica, incluyendo asistencia individual para aquellos con necesidades especiales debido a enfermedades, discapacidad o a otras razones. b) Medidas paliativas para los individuos y las familias que tengan personas con severas necesidades. c) Apoyos para las personas y las familias que lo necesiten debido a discapacidad, edad o problemas sociales. d) Ingreso en una institución o residencia con cuidados las 24 h para aquellas personas que lo necesiten debido a una discapacidad, edad u otras	

	razones. e) Pago a las personas que tienen una necesidad severa. **Ley sobre Servicios de Bienestar Infantil** (Capítulo 4 Medidas Especiales) § 4-1. § 4-4. Medidas asistenciales a los niños y a las familias. El Servicio de Bienestar Infantil ayudará a proporcionar a los niños buenas condiciones de vida y desarrollará medidas de asistencia, información y asesoramiento. Este servicio, cuando sea necesario debido a las condiciones en el hogar o por otras razones, se asegurará de poner a disposición de los niños y sus familias los servicios necesarios (p. ej., conseguir citas en los servicios, asegurar que el niño está bien en el centro infantil, en las visitas a las familias en sus casas ofrecer medidas de apoyo en el hogar…). Asimismo, este servicio buscará la implementación de medidas que estimulen la actividad recreativa del niño o que asegure que el niño recibirá educación o trabajo o la oportunidad de vivir fuera del hogar. Los servicios también pueden poner a la familia bajo la supervisión de un asistente.	
Países Bajos	**Ley General sobre los Costes de la Salud Especial** (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) **Ley que otorga subvenciones a varias organizaciones que apoyan a las familias** (Wet	2004 **Ley de Atención a la Juventud**, entre 0–18 años 2004 **Financiación Básica a la Infancia,** que regula la estructura del sector de la atención infantil

	Financiering Volksverzekeringen) **Ley sobre Seguros de Salud**, que incorporan la financiación de las oficinas de información y asistencia regular a la infancia	
Polonia	1999 **Directrices Gubernamentales para la AT** 1999 **Resolución Gubernamental sobre AT**	2005–2007 programa **"Asistencia temprana multi-especializada, coordinada y continua para niños discapacitados y sus familias"** 2009 preparación por parte del Ministerio de Educación de un **sistema de evaluación de la eficacia de la AT**
Portugal	1986 **Ley de Educación Intengral** 1997 **Decreto que establece los subsidios a las familias** 1997 **Reglamento que establece la ayuda económica a los proyectos de atención temprana** 1999 **Reglamento Ejecutivo Conjunto** (Ministerios de Salud, Educación y Seguridad Social) que define las directrices de la AT	2008 **Ley de Educación Especial** que presenta aspectos organizativos de la AT 2009 **Ley que crea el Sistema Nacional de AT** hacienda corresponsables a los Ministerios de Salud, Educación y Seguridad Social
Reino Unido (Inglaterra)	1995 **Ley sobre la No Discriminación de la Personas con Discapacidad** cuya enmienda es **la Ley de Necesidades Educativas Especiales de las Personas con Discapacidad** (2001): centros infantiles de Primeros Años para menores de 5, no para tratar a niños con discapacidad, si no para	2004 **Ley de la Infancia**: Promueve una mayor actuación integrada entre los servicios de salud, educativos y de asistencia social en todos los niveles 2005 **Servicio Marco Nacional para los Servicios Infantiles y Maternales**

	realizar los "ajustes necesarios" para incluir a los niños en centros o actividades ordinarias. 2001 **Código de Prácticas para nnee** 2002 **Código de Prácticas de las nnee en Gales**: Ofrece orientaciones para la oferta de apoyo adicional a los niños con nee y discapacidad en centros ordinarios para niños con menos de cinco años. Refleja la idea de que en la ley de educación los niños serán escolarizados con normalidad en centros ordinarios 2003 **"Juntos desde el Principio"**: directrices conjuntas del Departamento de Educación y Competencias y el Departamento de Sanidad sobre la organización integral de servicios de AT para niños menores de 3 años, en trabajo conjunto con las familias.	2006 **Servicio Marco Nacional para los Servicios Infantiles, de la Juventud y Maternales en Gales**: Establece estándares nacionales para la prestación de servicios a niños y jóvenes, incluidos los servicios de AT para niños de menos de 5 años con nee y discapacidad. Demanda y apoya el desarrollo de servicios de asistentes clave. (Requisito legal en Inglaterra desde 2008) **Fundación Primeros Años**: marco de calidad regulador de la prestación de atención, educación y desarrollo de la infancia desde el nacimiento a la escolarización que se produce cuando cumplen cinco años. Promueve la inclusión y el aprendizaje individualizado para los niños con nee y discapacidad (Desde 04/2003 en Inglaterra, desde 09/2009 en Gales) **Programa de Apoyo Temprano**: Programa nacional en proceso que apoya la aplicación a nivel local de **"Juntos desde el Inicio"** y el desarrollo de servicios de AT para niños menores de 5 años siguiendo el modelo de servicios de la Agencia Europea 2004 **Eliminación de Barreras para el Éxito:** Promueve la inclusión de los niños menores de cinco años en centros ordinarios de Primeros Años, incluyendo colegios y anunciando el Programa de Desarrollo de la Inclusión apoyando a los centros escolares en la atención de los niños con dificultades de lenguaje y de la comunicación, niños en el

		Espectro Autista y los que presentan Trastornos de Conducta, Emocionales y sociales. 2007 **Aiming High for Disabled Children (Buscando lo mejor para los niños con discapacidad)**: presenta un programa nacional para el desarrollo de la oferta de atención infantil para los niños con nee y discapacidad de todas las edades, incluyendo los menores de cinco años
Reino Unido (Irlanda del Norte)	1995 **Ley sobre la No Discriminación de las Personas con Discapacidad:** aplicada a los servicios educativos de Irlanda del Norte después de la introducción de SENDO 1996 **Orden sobre Educación** que introduce nuevos derechos de los padres	2005 **Orden sobre Educación Especial y Discapacidad,** amplía los derechos a la escolarización en centros ordinarios de los niños con nee
República Checa	1997 La intervención temprana como un servicio introducido en la Justificación del Proyecto de la nueva **Ley de Servicios Sociales** Ley sobre **Salud de la Población** que abarca la prevención, detección precoz de discapacidades, atención sanitaria, terapias en balnearios, rehabilitación, orientación familiar Instituciones infantiles específicas y centros de atención y cuidado (edades 0–3) **Ley de Seguro Sanitario** – en el área de la AT centrado en el acceso gratuito a los servicios de sanitarios y sobre responsabilidades	2004 **Ley de Educación:** nueva filosofía del documento basada en los derechos humanos, en la libre elección, en la educación ordinaria, en la oferta de apoyos, en la orientación, preparación para la vida y el éxito escolar, papel de orientador de los centros de AT 2006 **Ley de Servicios Sociales** que define la intervención temprana como un complejo servicio social de prevención para las familias con hijos con discapacidad (0–7) Aplicación de medidas de apoyo a la AT para niños (2/3–6) en riesgo y sus familias en el ámbito escolar

	Ley sobre Centro Escolares y sus enmiendas – proceso de democratización. Nueva institución establecida para la orientación y el apoyo. (Centros Pedagógicos Específicos) se trabaja con niños con discapacidad/necesidades especiales (principalmente partir de 3 años) y con sus padres 2002 **Estándares de calidad en la Atención Temprana o** como un servicio social a las familias con hijos con discapacidad elaborada y presentada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003 Aprobación de la justificación de la rehabilitación integral a nivel gubernamental. La atención temprana es parte de este documento Debate gubernamental en curso sobre las responsabilidades compartidas y la participación entre sectores **Enmiendas a la Salud de la Población**: calidad y accesibilidad de los servicios de salud, responsabilidad de los proveedores de los servicios de salud, cuidado **Enmiendas a la Ley de Seguridad Social:** financiación, mantenimiento y acceso de los pacientes/"clientes" a la atención sanitaria, derechos de los pacientes	Proyecto piloto: **Centro de atención para niños en riesgo de problemas de salud** (cuidado de niños con inmadurez severa) comenzó en el ámbito sanitario 2004, 2008 **Estrategia Gubernamental para la AT** con especial énfasis en los niños en riesgo con antecedentes de situación social desfavorecida 2009 aprobado y aplicándose **un Plan de Acción para la Estrategia Gubernamental para la Atención Temprana** con especial atención en los niños en riesgo con antecedentes de situación social desfavorecida
Suecia	1995 **Ley Escolar** (desde) 1982 **Ley sobre Servicios Médicos y de Salud, Ley de Bienestar Social, Servicios y**	

	Asistencia a las Personas con Discapacidad 2001 **Ley de Bienestar Social**	
Suiza	**Legislación de ámbito cantonal**	**Legislación de ámbito cantonal** En desarrollo un acuerdo inter-cantonal sobre colaboración en el campo de la Educación Especial que obliga a los cantones a incluir la AT gratuita para las familias dentro de las nnee

ES

Este informe es el resumen del estudio sobre Atención Temprana realizado por la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales a petición de los representantes de sus países miembros.

El proyecto actual es una puesta al día del análisis llevado a cabo por la Agencia en 2003–2004 en el campo de la AT.

El objetivo de esta actualización parte de los principales resultados y recomendaciones del estudio inicial y se centra en los cambios y progresos experimentados desde 2005 en el campo de la AT en los países participantes. Tales progresos son de carácter general y están vinculados a cinco elementos básicos: disponibilidad, proximidad, asequibilidad, trabajo interdisciplinar y variedad, considerados esenciales para el modelo de AT propuesto en el primer trabajo.

Expertos de 26 países han participado en la recogida y el análisis de la información nacional en relación a los progresos en área de la AT.

La idea principal indica que, a pesar del esfuerzo realizado por todos los países y el avance alcanzado a todos los niveles, hay que trabajar más para garantizar el principio básico del derecho de cada niño y niña y de sus familias a recibir la asistencia que sea necesaria.

European Agency for Development in Special Needs Education