



# ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA

## BOLETÍN OFICIAL

NÚMERO 100

X LEGISLATURA

16 DE DICIEMBRE DE 2021

### CONTENIDO

#### SECCIÓN “B”, TEXTOS EN TRÁMITE

##### 2. Propositiones de ley

##### c) Enmiendas

- [Enmiendas](#) parciales admitidas por la Mesa de la Cámara a la Proposición de ley 34, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia, formulada por los grupos parlamentarios Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular:

\* [Del G.P. Socialista.](#)

(pág. 6640)

\* [Del G.P. Vox.](#)

(pág. 6657)

\* [Del G.P. Mixto.](#)

(pág. 6681)

\* [De los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular.](#)

(pág. 6722)

- [Relación definitiva de enmiendas](#) formuladas a la Proposición de ley 34, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

(pág. 6732)

## SECCIÓN “B”, TEXTOS EN TRÁMITE

### 2. Propositiones de ley

#### c) Enmiendas

La Mesa de la Cámara, en sesión celebrada el día 14 de diciembre de 2021, ha admitido a trámite las enmiendas parciales que a continuación se insertan, presentadas por diputados y diputadas del Grupo Parlamentario Socialista, del Grupo Parlamentario Vox, del Grupo Parlamentario Mixto y conjuntamente de los grupos parlamentarios Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular, a la Proposición de ley 34, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia, formulada por los grupos parlamentarios Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular.- EL PRESIDENTE, Alberto Castillo Baños.

### **ENMIENDAS PARCIALES PRESENTADAS POR EL G.P. SOCIALISTA A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA, DE LOS G.P. CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA Y POPULAR.**

Antonia Abenza Campuzano, diputada del Grupo Parlamentario Socialista, de conformidad con lo establecido en el artículo 128 del vigente del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas al articulado de la Proposición de ley 34, por la que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

#### **Enmienda n.º 1**

Enmienda de adición.

Artículo 1 (Objeto).

Añadir dos nuevos apartados c) y d) con el siguiente texto:

c) Garantizar la Atención Temprana en la Región de Murcia de la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.

d) Regular los servicios de Atención Temprana como una red integral de responsabilidad pública, de carácter universal, gratuito y de calidad.

Justificación: es imprescindible nombrar en el objeto la población a la que va dirigida la ley, en este caso a la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias. Así como a la regulación de los servicios en la misma.

#### **Enmienda n.º 2**

Enmienda de modificación.

Artículo 2 (Definición de atención temprana).

Donde dice: La atención temprana es el conjunto coordinado e integral de intervenciones de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales, dirigido a la población infantil de entre cero y seis años, a su familia y a su entorno, que tiene por objeto dar respuesta, lo más inmediata posible, a las necesidades transitorias o permanentes de apoyo a aquellos menores que presentan situación de dependencia, discapacidad, limitaciones funcionales, alteraciones en su desarrollo o el riesgo de padecerlas.

Debe decir: Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los menores con

trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad de los menores, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Justificación: La definición del Libro Blanco de la Atención Temprana (AT) es la definición consensuada a nivel Nacional por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT.

### **Enmienda n.º 3**

Enmienda de adición.

Artículo 3. Destinatarios.

Añadir nuevo párrafo a continuación del punto uno, con el siguiente texto:

"Asimismo, la atención temprana podrá prolongarse en quienes superen la edad prevista en el apartado anterior, previo informe favorable del órgano competente, en los términos que establezca esta ley o su desarrollo reglamentario."

Justificación: garantizar una atención posttemprana especialmente a los menores más vulnerables.

### **Enmienda n.º 4**

Enmienda de adición.

Artículo 3. Destinatarios.

Añadir en nuevo punto (4) con el siguiente texto:

Menores en situación de riesgo: toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, familiares o socioambientales.

Justificación: se añade en los destinatarios a la población de riesgo potencial destinataria de los servicios de Atención Temprana.

### **Enmienda n.º 5**

Enmienda de modificación.

Artículo 4.1. Finalidad.

Donde dice:

La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad "o el riesgo de padecerla, si se diera esta circunstancia," así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Debe decir:

La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad "o el riesgo de padecerla, si se diera esta circunstancia," así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en

el entorno.

Justificación: eliminar los efectos del riesgo de padecer una alteración o discapacidad también es la finalidad de la Atención Temprana.

#### **Enmienda n.º 6**

Enmienda de adición.

Artículo 5 (principios rectores).

Texto que se adiciona:

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

Interdisciplinariedad y cualificación profesional: el equipo de atención temprana estará formado por profesionales de distintas disciplinas, expertos en los diferentes ámbitos que se abordan.

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

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

Prevención, promoción y protección del desarrollo infantil.

Integral, circular, reflexiva y autónoma, de manera que sea el mismo equipo el que realice todo el circuito asistencial y los procesos nucleares de valoración, intervención y evaluación con autonomía respecto de los diferentes departamentos administrativos de salud, educación o servicios sociales.

Justificación: ampliar los principios. La autonomía de los procesos internos de la Atención Temprana respecto a los sectores de salud, educación y servicios sociales es una premisa imprescindible que asegura que la familia y el niño con necesidad del servicio reciba dentro del CDIAT el proceso íntegro, garantizando así el máximo nivel de coordinación interdisciplinar.

#### **Enmienda n.º 7**

Enmienda de adición.

Artículo 5 (principios rectores).

Se añade un nuevo apartado "principio de inmediatez e intervención a los ya existentes", con el siguiente texto.

Inmediatez de la intervención. El sistema de prestación de la Atención Temprana en la Región de Murcia garantizará la inmediatez de la intervención, eliminando trámites administrativos y paliando de esa forma las consecuencias que el retraso en la intervención puede tener para el futuro desarrollo del niño

Justificación: la inmediatez en la intervención es un principio rector imprescindible para que la Atención Temprana sea Atención Temprana.

#### **Enmienda n.º 8**

Enmienda de modificación.

Artículo 5 (principios rectores).

Donde dice:

b) Universalidad: El acceso al servicio de todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.

c) Gratuidad. La cobertura del coste de los recursos por la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de modo que se facilite a todos los menores el acceso al servicio sin que las condiciones personales de índole económica afecten al derecho. Por lo tanto, en la Región de Murcia la atención temprana será gratuita para todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.

Debe decir:

Universalidad y gratuidad. La Atención Temprana debe ser un servicio universal, del que no solo se benefician los niños y las niñas con una discapacidad o que estén en situación de riesgo, sino también aquellos otros que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años.

Asimismo, deben ser objeto de programas de Atención Temprana las familias que, por diversas circunstancias, no estén en condiciones de proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y equilibrado. De todo lo anterior se desprende que, teniendo en cuenta los beneficios aportados y su bajo coste económico en comparación con intervenciones iniciadas en años posteriores, los menores y las familias que lo requieran deben tener acceso gratuito a los programas de Atención Temprana.

Justificación: Universalidad y gratuidad: no hay "requisitos establecidos" para cumplir la universalidad y la gratuidad.

#### **Enmienda n.º 9**

Enmienda de supresión.

Artículo 5, letra e). Principios rectores.

Se suprime la parte final de la letra e), "evitando intervenciones parciales o fragmentadas salvo que sean estas las intervenciones indicadas", quedando de la siguiente manera:

Atención personalizada, integral y continua: la adecuación del servicio a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, considerando los aspectos relativos a la prevención, estimulación, atención, promoción y la integración para la elaboración de un plan individual de atención. De acuerdo con este principio, las intervenciones integrales en atención temprana deben abordar a los menores y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que pueden influir en la evolución de la situación. Asimismo, tanto los tratamientos habilitadores y re habilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor se planificarán teniendo en cuenta la situación específica de cada menor y de su familia.

Justificación: En Atención Temprana no existen intervenciones parciales o fragmentadas en ningún caso.

#### **Enmienda n.º 10**

Enmienda de modificación.

Artículo 5 m). Prevención, principios rectores.

Donde dice:

Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Debe decir:

Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan algún trastorno en el desarrollo o alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Justificación: La Atención Temprana no previene solo la discapacidad, sino que también las alteraciones del desarrollo.

### Enmienda n.º 11

Enmienda de modificación.

Artículo 6.1. (Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación), letra b).

Donde dice: b) Prevención secundaria: Tiene por objeto la detección de posibles alteraciones y situaciones de riesgo biológico y social en el desarrollo infantil, la evaluación de los mismos así como las derivaciones de los menores entre sistemas, con el fin de evitar o reducir las consecuencias que de ello puedan derivarse.

Debe decir:

Prevención secundaria; Tiene por objeto la detección precoz de posibles alteraciones y situaciones de riesgo en relación con tres principales factores: biológico, familiar y ambiental.

- Entre los factores biológicos podemos considerar; antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia; administración de sustancias tóxicas, que pueden afectar al feto en el embarazo; cromosomopatías y síndromes dismórficos; neurometabolopatías; malformaciones del sistema nervioso central; recién nacido con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional; recién nacido con peso inferior a 1500 gramos; edad gestacional inferior a 32 semanas; pérdida de bienestar fetal; convulsiones neonatales; infecciones posnatales del sistema nervioso central; traumatismo craneoencefálico; hidrocefalia adquirida; daño cerebral observado por neuroimagen; otitis media crónica o recidivante.

- Los factores familiares de riesgo tienen que ver con:

a) las características de los padres (edad de los padres inferior a 20 años o superior a 40 años; padres drogodependientes; padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o discapacidad intelectual; antecedentes de declaración de situaciones de desamparo con asunción de tutela por la entidad pública o, en su caso, pérdida de la guarda o custodia de los hijos o las hijas.

b) las características de la familia (ambientes familiares gravemente alterados; antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico; familias excluidas socialmente).

c) situaciones de estrés durante el embarazo (participación en programas de reproducción asistida; ruptura familiar y situaciones críticas; embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación); embarazos múltiples; información de malformaciones o lesiones en el feto probables o confirmadas.

d) situaciones de estrés en el período neonatal (parto múltiple; diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática; hospitalización).

e) diversos sucesos acaecidos en el período posnatal (niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes; situaciones de maltrato físico o psicológico; diagnóstico posnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática; ruptura familiar y situaciones críticas).

Los factores ambientales de riesgo están relacionados con situaciones como:

a) exposición a entornos ambientales con factores de estrés (exposición frecuente a deficiente estimulación; deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y faltas de adaptación a las

necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado: institucionalización).

b) exposición a entornos sociales con factores de estrés (dificultades del entorno para administrar/proveer los cuidados y la estimulación adecuados; exposición a prácticas y situaciones inadecuadas).

c) exposición a factores de exclusión social de la familia (condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar, y en relación a otros entornos sociales; familia con dificultades de acceso a los recursos sociales).

Justificación: amplía los niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación.

### **Enmienda n.º 12**

Enmienda de modificación.

Artículo 6.2.

Donde dice: "La intervención en Atención Temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: atención directa a los menores, atención en el entorno sociofamiliar, educativo y sanitario, y atención en el proceso de escolarización".

Debe decir: "La intervención en Atención Temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: atención directa a los menores y a sus familias en los centros y servicios de Atención Temprana, y atención en el entorno sociofamiliar, sanitario y educativo".

Justificación: incluir en este párrafo "educativo" y "atención en el proceso de escolarización" es redundante. Y del mismo modo que no se especifica la intervención en el "entorno sociofamiliar" ni en el "sanitario", basta con indicar "educativo" para hacer referencia a todos los procesos que son propios de este entorno.

### **Enmienda n.º 13**

Enmienda de modificación.

Artículo 6.3 (ámbito de actuación), letra a).

Donde dice: Prevención de situaciones de riesgo biológico y/o social.

Debe decir: Prevención de situaciones de riesgo biológico, psicológico y/o social.

Justificación: la prevención de situaciones de riesgo han de incluir el riesgo psicológico.

### **Enmienda n.º 14**

Enmienda de adición.

Artículo 6.

Se añade un nuevo punto n.º4, a continuación del 3, con el siguiente texto:

4. El Modelo de Atención Temprana se basa en las siguientes premisas:

a) El modelo de Atención Temprana de la Región de Murcia será un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos de responsabilidad pública que, desde la Administración competente, permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral dirigidas a las personas menores de edad, sus familias y entorno.

b) Esta red estará destinada a satisfacer los derechos y necesidades de los niños y niñas menores de 6 años, con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos, y sus familias, que procure una atención de calidad y excelencia a esta población.

c) La implementación de la prestación de Atención Temprana requiere una red sectorizada de

Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), la cual irá asociada a las distintas áreas sanitarias existentes en la Región.

Justificación: Las premisas del modelo de Atención Temprana propuesto por esta ley han de quedar reflejadas.

#### **Enmienda n.º 15**

Enmienda de modificación.

Artículo 7.2.

Donde dice: Para el intercambio de información y la derivación entre sistemas, por la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana se aprobará, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Proposición de ley, se elaborará un protocolo de coordinación de Atención Temprana que respetará en todo caso la normativa vigente en esta materia.

Debe decir: Para el intercambio de información y la derivación entre sistemas, por la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana se aprobará, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Proposición de ley, se elaborará un protocolo de coordinación y otro de derivación a Atención Temprana que respetará en todo caso la normativa vigente en esta materia.

Justificación: Desde la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, que reúne a más de 1500 especialistas de este ámbito de todo el territorio del Estado y en la Región, sugieren que se incorpore en este punto tanto el protocolo de coordinación como el de derivación, dada su transcendencia para hacer operativos y eficaces estos dos procedimientos.

#### **Enmienda n.º 16**

Enmienda de supresión.

Artículo 7.3.

Se suprime el párrafo tres del artículo 7.

Justificación: La coordinación en Atención Temprana no ha de basarse en protocolos de coordinación de actuaciones interdepartamentales por la alta o baja incidencia en A.T. de determinadas discapacidades.

#### **Enmienda n.º 17**

Enmienda de modificación.

Artículo 8.1, letra b.

Donde dice: La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana.

Debe decir: La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana a partir del informe sanitario de necesidad remitido por el pediatra, de manera inmediata a la detección de dicha necesidad y, en su caso, de manera paralela al comienzo de la intervención en el CDIAT para priorizar la inmediatez de esta.

Justificación: Urge que una de las principales competencias de la ley sea precisamente la inmediatez en la atención de los menores.

#### **Enmienda n.º 18**



Enmienda de modificación.

Artículo 8.1, letra c.

Donde dice: La prestación del Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAT), de acuerdo con el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la situación de dependencia. De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 14, estas prestaciones serán llevadas a cabo en los centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT).

El Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, su familia y su entorno, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan las niñas y los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

Debe decir: La prestación del servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de acuerdo con el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la necesidad de A.T. De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 14, estas prestaciones serán llevadas a cabo en los centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT), cuya valoración de necesidad de atención temprana se considera válida una vez sea emitido informe por el pediatra, hasta tanto sea ratificada por el correspondiente órgano competente antes mencionado, y permitirá el inicio inmediato de la intervención, así como la cobertura de sus costes en tanto se complete el expediente de atención temprana.

El servicio de Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, su familia y su entorno, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

Justificación: el servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT no se entiende el SEDIAT. Además, se añade al apartado 1 c) que el inicio de la tramitación requerirá únicamente el informe de necesidad remitido por el pediatra, comenzando de forma paralela la intervención desde el CDIAT para garantizar la inmediatez.

### **Enmienda n.º 19**

Enmienda de modificación.

Artículo 9.2, letra a).

Donde dice: Prevención primaria: programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento de menores de alto riesgo.

Debe decir: Prevención primaria: Programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento en la población general, con especial atención ante posibles menores en situación de alto riesgo.

Justificación: la prevención primaria se realiza sobre la población general. Y no se focaliza en los menores en situación de alto riesgo como sí debería de hacer en una ley de Atención Temprana.

### **Enmienda n.º 20**

Enmienda de modificación.

Artículo 9.2, letra c).

Donde dice: Prevención terciaria: seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.

Debe decir: Prevención terciaria: derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser atendido por el CDIAT al constatar la existencia de un trastorno en el desarrollo, así como el seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.

Justificación: en relación con la Atención Temprana, la prevención terciaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT.

#### **Enmienda n.º 21**

Enmienda de modificación.

Artículo 10.1. c)

Donde dice: La valoración técnica de necesidad de atención temprana y el seguimiento de la evolución de la atención temprana recibida por el menor, en coordinación con los profesionales del centro de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales.

Debe decir: la valoración técnica de necesidad de atención temprana y el seguimiento de la evolución de la atención temprana recibida por el menor, en coordinación con los profesionales de los centros de desarrollo infantil y Atención Temprana sostenidos con fondos públicos.

Justificación: No existe una Red Pública de centros de desarrollo infantil y Atención Temprana como tal, sino que estos centros están sostenidos con fondos públicos. Es una apreciación importante de cara a la consideración administrativa y jurídica de estos centros y a la necesidad de articular y sectorizar una red pública de CDIAT.

#### **Enmienda n.º 22**

Enmienda de adición.

Artículo 10.

Añadir al final de las letras existentes en el apartado 1.

d) Realizar programas de prevención, educación para la salud en colaboración con los agentes sanitarios y los CDIAT.

e) Detección de factores de riesgo biológico y social, así como inmediata derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

f) Detección de trastornos en el desarrollo y posterior derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

Justificación: El ámbito educativo cuenta entre sus actuaciones con las dirigidas a prevención primaria, secundaria y terciaria.

#### **Enmienda n.º 23**

Enmienda de modificación.

Artículo 10.1. c)

Donde dice: La valoración técnica de necesidad de atención temprana y el seguimiento de la

evolución de la atención temprana recibida por el menor, en coordinación con los profesionales del centro de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales.

Debe decir: la valoración técnica de necesidad de atención temprana y el seguimiento de la evolución de la atención temprana recibida por el menor, en coordinación con los profesionales de los centros de desarrollo infantil y Atención Temprana sostenidos con fondos públicos.

Justificación: No existe una Red Pública de centros de desarrollo infantil y Atención Temprana como tal, sino que estos centros están sostenidos con fondos públicos. Es una apreciación importante de cara a la consideración administrativa y jurídica de estos centros y a la necesidad de articular y sectorizar una red pública de CDIAT.

Enmienda de modificación.

Artículo 10.2.

Donde dice: la emisión del informe de valoración técnica sobre la necesidad de atención temprana según baremo establecido en aquellos casos en que proceda.

Debe decir: La emisión del informe de valoración técnica sobre la necesidad de atención temprana según estudio de los criterios y categorías a baremar, en el que se incluyan los factores de riesgo biológico, psicológico y social, con las tipologías específicas de Atención Temprana.

Justificación: tal y como han señalado todos los comparecientes en las audiencias legislativas, cabe señalar que tanto las categorías del baremo del Anexo 1 como los criterios que plasma tienen una perspectiva educativa psicopedagógica y no son específicos de la Atención Temprana. Además, hay que añadir que los factores de riesgo en edades tempranas pueden no haberse constituido como trastornos con entidades patológicas evidenciables. Debe eliminarse el baremo del anexo.

#### **Enmienda n.º 24**

Enmienda de modificación.

Artículo 14 (Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana).

Se sustituye el texto del artículo 14 por el siguiente:

##### **1. Composición de los CDIAT**

a) Los equipos de los CDIAT serán de composición multiprofesional y funcionamiento interdisciplinar, y estarán constituidos por especialistas en Atención Temprana. Estos equipos se conformarán con el número suficiente y adecuado de profesionales que facilite el trabajo interdisciplinario y cubra las necesidades evolutivas globales biopsicosociales del niño y de su familia (mínimo tres profesionales cubriendo el ámbito biopsicosocial).

b) La formación de los profesionales, además de la titulación propia, deberá ser específica en Atención Temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de posgrado-máster específico. O bien justificando, al menos, 5 años de experiencia laboral en Atención Temprana.

##### **2. Actuaciones principales desde los CDIAT.**

a) Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana: Prevención Primaria: evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil; Prevención Secundaria: detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo; Prevención Terciaria: actividades dirigidas hacia el menor y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

b) El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituye el núcleo de distribución de las siguientes acciones básicas:

- Acciones con relación al niño o la niña:

- Valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar en relación con el desarrollo infantil

de la población alcance.

- Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social, que podrán realizarse a nivel ambulatorio en el CDIAT, a nivel domiciliario o en otros ámbitos, en función de las necesidades y de los intereses del niño y su familia. (Por sus objetivos, duración y carácter integrado con aspectos psicosociales y personales se aconseja diferenciar estas prestaciones de las de rehabilitación hospitalaria- déficits recuperables de la Ley de Cohesión- o de reeducación especializada -audición y lenguaje, desarrollo fonológico, etcétera- propias del ámbito escolar).

- Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas (incluyendo el aprendizaje de lenguajes alternativos y/o aumentativos y de la lengua de signos) orientadas a la comunicación social, así como las necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria (se excluyen las prestaciones del catálogo ortoprotésico de los servicios sanitarios).

- Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas.

- Acciones con relación a la familia:

- Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones.

- Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.

- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.

- Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.

- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

- Acciones con relación al entorno:

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.

- Información de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.

- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.

- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.

- Apoyo, asesoramiento y participación con los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.

- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.

- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

Justificación: la intervención desde los CDIAT no incluye el listado de tratamientos expuestos, como por ejemplo "Apoyo Psicopedagógico", que es una intervención exclusivamente educativa, o por ejemplo la "Rehabilitación auditiva", que es una intervención sanitaria. La intervención en atención temprana no puede basarse en asignar un número de sesiones de tratamiento conforme a un baremo de discapacidad. Otros sistemas (educación o sanidad) no prestan los mismos tratamientos o intervenciones que los prestados por atención temprana y por esto nunca unos sustituirán a otros. La amplia bibliografía sobre A.T. incluye aspectos que se incluyen en este apartado, como es la composición de los CDIAT y actuaciones principales desde los CDIAT.

### Enmienda n.º 25

Enmienda de modificación.

**Artículo 14.3.**

Donde dice: La intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme al baremo que se incluye como anexo en la presente Proposición de ley.

Debe decir: La intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme a estudio de los criterios y categorías a baremar, en el que se incluyan los factores de riesgo biológico, psicológico y social, con las tipologías específicas de Atención Temprana.

Justificación: tal y como han señalado todos los comparecientes en las audiencias legislativas, cabe señalar que tanto las categorías del baremo del Anexo 1 como los criterios que plasma tienen una perspectiva educativa psicopedagógica y no son específicos de la Atención Temprana. Además, hay que añadir que los factores de riesgo en edades tempranas pueden no haberse constituido como trastornos con entidades patológicas evidenciables. Debe eliminarse el baremo del anexo.

**Enmienda n.º 26**

Enmienda de supresión.

**Artículo 18.**

Se suprimen del texto las letras d) y e).

Justificación: los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en Atención Temprana. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de Atención Temprana son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la Atención Temprana. El proceso de valoración de la necesidad de Atención Temprana pertenece al resto del proceso de Atención Temprana que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño o una niña y su familia es un grave error.

**Enmienda n.º 27**

Enmienda de modificación.

**Artículo 20.2.**

Donde dice: No obstante lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios.

De acuerdo con ello, podrán presentar, junto con la solicitud informe de valoración complementario al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del SEDIAT, realizado por el equipo profesional de un CDIAT con base en el baremo recogido en el anexo de la presente Proposición de ley, debiendo recoger dicho informe como mínimo la información a la que se refiere el artículo 21.3 de la presente Proposición de ley.

Debe decir: No obstante lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios.

De acuerdo con ello, podrán presentar, junto con la solicitud, informe de valoración complementario al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la

procedencia del SEDIAT, realizado por el equipo profesional de un CDIAT con base a estudio de los criterios y categorías a baremar, en el que se incluyan los factores de riesgo biológico, psicológico y social, con las tipologías específicas de Atención Temprana.

Justificación: tal y como han señalado todos los comparecientes en las audiencias legislativas, cabe señalar que tanto las categorías del baremo del Anexo 1 como los criterios que plasma tienen una perspectiva educativa psicopedagógica y no son específicos de la Atención Temprana. Además, hay que añadir que los factores de riesgo en edades tempranas pueden no haberse constituido como trastornos con entidades patológicas evidenciables. Debe eliminarse el baremo del anexo.

### **Enmienda n.º 28**

Enmienda de modificación.

Artículo 21.5 (valoración de necesidad de atención temprana).

Donde dice: "En el plazo de 30 días desde que se inició el procedimiento, el EOEP deberá redactar la valoración técnica a que se refiere el artículo 12.3, a) de la presente Proposición de ley y remitir al órgano instructor".

Debe decir:

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

Con independencia de quien inicie el protocolo de derivación, la información debe estar disponible para el pediatra de atención primaria, para los facultativos de atención especializada implicados y para la unidad de atención temprana. En la derivación se incluirá el juicio clínico/diagnóstico inicial.

Justificación: En la Atención Temprana cada segundo cuenta. Y para ello debemos eliminar las trabas administrativas, como los plazos de valoración y resolución. Intervenir y ayudar primero al menor y sus familias. Valorar después, como ya se hace en leyes autonómicas en vigor.

### **Enmienda n.º 29**

Enmienda de modificación.

Artículo: 22 (Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana).

Donde dice: Conforme al informe de valoración técnica remitido por el EOEP, y en el plazo de 10 días, el órgano instructor, mediante resolución, asignará la intensidad y el conjunto de recursos más adecuados a las necesidades del menor y su familia de entre los seleccionados por los solicitantes, debiendo tenerse en cuenta como criterio prioritario la elección realizada por los mismos.

En el caso de que la resolución se separara de la valoración realizada por el EOEP, esta deberá estar motivada. Transcurrida la suma de ambos plazos sin dictarse y notificarse resolución alguna, el interesado podrá entender desestimada su solicitud por silencio administrativo de conformidad con el artículo 3 de la Ley 1/2002, de 20 de marzo, de Adecuación de los Procedimientos de la Administración Regional de Murcia a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en aplicación de la Disposición adicional primera de la Ley 3/2003, de 10 de abril.

Esta resolución no pondrá fin a la vía administrativa, pudiendo interponerse contra la misma recurso de alzada ante la Presidencia del Instituto Murciano de Acción Social, de conformidad con el artículo 5 del Decreto 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social, en relación con los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo común de las Administraciones Públicas, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de su notificación.

Debe decir: Los CDIAT realizarán completo el circuito asistencial, desde la solicitud de atención hasta el cese. El acceso a la intervención en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana no estará condicionado a la certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

2. Tendrán acceso directo al CDIAT:

a) Las familias empadronadas en un municipio de la Región de Murcia al tiempo de presentar su solicitud y mantenerlo durante todo el tiempo que reciba el servicio.

b) Los niños con una edad inferior a los 6 años que tengan una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla.

3. No recibir servicio para el mismo objeto por parte de otra entidad perteneciente a la Red pública de CDIAT.

Justificación: se define la autonomía de los CDIAT y del inicio del proceso de AT independientemente de la certificación de discapacidad o dependencia. Se define la necesidad de estar empadronado en un municipio de la Región de Murcia y tener una edad inferior a 6 años; así como no recibir intervención en otro centro de desarrollo infantil y atención temprana de la red pública.

### Enmienda n.º 30

Enmienda de modificación.

Artículo 25.1. (Seguimiento y evaluación)

Donde dice: "El CDIAT en el que se realice la intervención emitirá los informes anuales de seguimiento y evolución que se le requieran para valorar la situación del menor, de su familia y de su entorno, así como informe sobre la situación del menor una vez finalizada la intervención. Dichos informes serán remitidos a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, a través del sistema informático de atención temprana integral. Los informes de seguimiento y evaluación podrán ser recabados con una periodicidad inferior a la anual cuando la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS lo considere oportuno."

Debe decir: El CDIAT en el que se realice la intervención hará el seguimiento de los posteriores controles neonatológicos y de seguimiento son complementarios pero no sustitutivos. Cuando la detección de los trastornos o riesgos sea en etapa posnatal, podrá realizarse directamente la derivación por el pediatra de atención primaria o por otros facultativos de atención especializada. Por el contrario, si la derivación se realiza desde centros educativos, servicios sociales o en el entorno familiar, deberá acudir al pediatra de atención primaria, a quien corresponde realizar la derivación informando a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, a través del sistema informático de atención temprana íntegra.

Justificación: No se puede realizar un seguimiento anual en un trastorno del desarrollo que puede cambiar de una semana para otra.

### Enmienda n.º 31

Enmienda de modificación.

Artículo 25.2. (Seguimiento y evaluación)

Donde dice: El EOEP y la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, de acuerdo con los protocolos que se establezcan, llevarán a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención con cada menor y su familia con una periodicidad al menos anual, valorándose los cambios producidos en su desarrollo, la eficacia de la metodología de intervención y su efectividad conforme a los objetivos programados en el PIAT. Esta evaluación se

basará en los informes emitidos por el CDIAT y, si se considerase oportuno, en una entrevista diagnóstica y de seguimiento con el menor y su familia.

Debe decir: El seguimiento posterior se realizará mediante protocolos previamente establecidos, teniendo en cuenta el tipo de trastorno o de riesgo, la propia evolución del menor y su entorno sociofamiliar.

En las unidades de atención temprana, para el diagnóstico y el seguimiento, intervendrán los servicios de pediatría tanto de atención primaria como de especializada, así como otros servicios especializados tales como rehabilitación infantil/foniatría, ORL-audiología, oftalmología, unidad de salud mental infantil, trabajo social, neurofisiología, genética, biología molecular y todos aquellos implicados según el caso, en función de las peculiaridades del menor.

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

Estas unidades están facultadas para realizar el seguimiento de menores de los 0 a los 6 años. Se planificará el alta en función de las características individuales.

Justificación: ampliar el número de enfermedades o patologías más allá de las que se encuentran en el baremo cerrado (del anexo), para que se contemplen todas las patologías que un menor pueda sufrir debido a un problema de desarrollo.

### **Enmienda n.º 32**

Enmienda de adición.

Se crea un nuevo artículo "Derivación y seguimiento en las unidades de atención temprana".

Texto del nuevo artículo:

1. Protocolo de derivación: la derivación se hace directamente desde las unidades de gestión clínica o desde los servicios especializados, participando en el plan de atención al recién nacido de riesgo. Los posteriores controles neonatológicos y de seguimiento son complementarios pero no sustitutivos.

Cuando la detección de los trastornos o riesgos sea en etapa posnatal, podrá realizarse directamente la derivación por el pediatra de atención primaria o por otros facultativos de atención especializada. Por el contrario, si la derivación se realiza desde centros educativos, servicios sociales o en el entorno familiar, deberá acudir al pediatra de atención primaria, a quien corresponde realizar la derivación.

2. El seguimiento posterior se realizará mediante protocolos previamente establecidos, teniendo en cuenta el tipo de trastorno o de riesgo, la propia evolución del menor y su entorno sociofamiliar.

En las unidades de atención temprana, para el diagnóstico y el seguimiento, intervendrán los servicios de pediatría tanto de atención primaria como de especializada, así como otros servicios especializados tales como rehabilitación infantil/foniatría, ORL-audiología, oftalmología, unidad de salud mental infantil, trabajo social, neurofisiología, genética, biología molecular y todos aquellos implicados según el caso, en función de las peculiaridades del menor.

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

Estas unidades están facultadas para realizar el seguimiento de menores de los 0 a los 6 años. Se planificará el alta en función de las características individuales.

3. El acceso al tratamiento en las unidades de atención temprana no estará condicionado a valoraciones o dictámenes de educación ni de servicios sociales, ni a certificación de discapacidad o



dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

4. Con independencia de quien inicie el protocolo de derivación, la información debe estar disponible para el pediatra de atención primaria, para los facultativos de atención especializada implicados y para la unidad de atención temprana. En la derivación se incluirá el juicio clínico/diagnóstico inicial.

Justificación: los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) son el principal ámbito de intervención en Atención Temprana, en los cuales se llevan a cabo las siguientes acciones básicas:

1. Recogida de información y entrevista de acogida con la familia.
2. Evaluación del niño y su entorno.
3. Elaboración de la hipótesis diagnóstica y plan de intervención.
4. Entrevista de devolución a la familia.
5. Intervención terapéutica.
6. Evaluación, seguimiento y derivación.

En el artículo 21, valoración de necesidad de Atención Temprana, esta se asigna a un servicio externo y ajeno al CDIAT, descontextualizándola del entorno de intervención. Es incomprensible que la valoración de Atención Temprana se tenga que hacer fuera de los CDIAT, porque dicha valoración forma parte del proceso de intervención, como se ha descrito en los puntos precedentes. El procedimiento que se refleja en la Proposición de la ley va a suponer una duplicidad de valoración, con el consiguiente itinerario y dificultades añadidas para las familias.

Consideramos más sencillo, fiable y operativo que los médicos pediatras de Atención Primaria realicen la derivación a los CDIAT, en los cuales se proceda al diagnóstico funcional de la problemática a valorar y a partir de esta valoración se continúe con los pasos descritos. Por todo lo cual, proponemos que se replanteen los artículos 21 (valoración de la necesidad de Atención Temprana) y 22 (reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de Atención Temprana) por este de nueva creación a continuación del artículo 20, que además eliminaría los plazos de acceso.

### **Enmienda n.º 33**

Enmienda de modificación.

Artículo 26.1 Revisión.

Donde dice: Los servicios especializados de atención temprana y el SEDIAT reconocidos podrán revisarse, garantizando la debida audiencia:

- a) A propuesta del servicio social, sanitario o educativo que derivó el caso.
- b) A propuesta del EOEP, cuando tenga constancia de una variación de la situación del menor.
- c) A solicitud de los padres o representante legal del menor, con informe favorable preceptivo del CDIAT que presta el servicio.

2. En el caso de que efectivamente haya variado la situación y se requiera una modificación en la intervención, deberá dictarse un nuevo PIAT para cuyo procedimiento de aprobación se estará a lo establecido en los artículos 19 y siguientes de la presente Proposición de ley.

Debe decir: los servicios especializados de atención temprana y reconocidos podrán revisarse, garantizando la debida audiencia:

- a) A propuesta del servicio social, sanitario o educativo que derivó el caso.
- b) A propuesta del CDIAT cuando tenga constancia de una variación de la situación del menor.
- c) A solicitud de los padres o representante legal del menor, con informe favorable preceptivo del CDIAT que presta el servicio.

2. En el caso de que efectivamente haya variado la situación y se requiera una modificación en la

intervención, deberá dictarse un nuevo PIAT para cuyo procedimiento de aprobación se estará a lo establecido en los artículos 19 y siguientes de la presente Proposición de ley.

Justificación: se elimina del punto 1 el SEDIAT ya que la A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca los técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. Y se sustituye en el punto 1.b) EOEP por CDIAT, ya que es el CDIAT el que tiene la competencia de revisar el servicio de atención temprana.

#### **Enmienda n.º 34**

Enmienda de supresión.

Anexo I. Baremo.

Justificación: los baremos son totalmente inaceptables, basados en principios psicopedagógicos y de necesidad educativas especiales. No tienen en cuenta la prevención. El riesgo biológico y social quedan fuera. A las familias se las trata como si todas tuvieran las mismas necesidades: 1 hora semanal.

La figura del fisioterapeuta se diluye. El TDAH en AT de 0-3 años no existe, en todo caso las funciones ejecutivas.

#### **Enmienda n.º 35**

Enmienda de modificación.

A todo el texto: utilizar Atención Temprana con mayúsculas en todo el texto de la Proposición de la ley.

Justificación: utilizar Atención Temprana con mayúsculas en todo el texto de la Proposición de la ley, ya que aparece unas veces con minúscula y otras con mayúscula.

**ENMIENDAS PARCIALES PRESENTADAS POR EL G.P. VOX A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA, DE LOS G.P. CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA Y POPULAR.**

Pascual Salvador Hernández, diputado del Grupo Parlamentario Vox, de conformidad con lo establecido en el artículo 128 del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas al articulado de la PPL-34, Proposición de ley por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en la Región de Murcia.

**Enmienda n.º 1**

Enmienda de supresión.

Artículo 1. Objeto.

Se suprime el apartado b

Justificación: no ha de regularse únicamente el proceso de valoración de la necesidad de Atención Temprana (AT) sino el proceso completo (detección, derivación, valoración, intervención, seguimiento y revisión, baja y traslado).

**Enmienda n.º 2**

Enmienda de adición.

Artículo 1. Objeto.

Se añade el apartado b) y c).

b) Garantizar la Atención Temprana en la Región de Murcia de la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.

c) Regular los servicios (CDIAT) de Atención Temprana como una red integral de responsabilidad pública, de carácter universal, gratuito y de calidad.

Justificación:

Se añade b): Es imprescindible nombrar en el objeto la población a la que va dirigida.

Se añade c): La regulación de los servicios de Atención Temprana (CDIAT) es objeto de esta ley.

**Enmienda n.º 3**

Enmienda de modificación.

Artículo 2. Definición de atención temprana,

Donde dice:

Artículo 2. Definición de atención temprana.

La atención temprana es el conjunto coordinado e integral de...

Debe decir:

Artículo 2. Definición de atención temprana.

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

Justificación: La definición del Libro Blanco (LB) de la Atención Temprana (AT) en el año 2000 es la definición consensuada a nivel nacional por la Federación Estatal de Asociaciones de

Profesionales de Atención Temprana GAT. Incluso asumida por entidades y autores internacionales. El LB ha sido traducido a varios idiomas para su utilización y estudio.

#### Enmienda n.º 4

Enmienda de modificación.

Artículo 3. Destinatarios.

Donde dice:

Artículo 3. Destinatarios.

1. Los destinatarios de los servicios...
2. No obstante lo anterior, serán también destinatarios...
3. Aquellos alumnos que estén recibiendo los servicios...

Debe decir:

Artículo 3. Destinatarios.

1. Son destinatarios de los servicios de Atención Temprana los niños menores de seis años con trastornos y alteraciones en su desarrollo, o riesgo de padecerlos, residentes en la Región de Murcia, así como su familia y su entorno, en los términos previstos en esta ley. Excepcionalmente, se prolongará la intervención, si las circunstancias así lo requieren, siempre y cuando la continuidad del tratamiento en las mismas condiciones permita establecer un pronóstico de mayor recuperación sobre otras alternativas. Esta excepcionalidad será por un periodo máximo de un año.

2. Niños en situación de riesgo: toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, familiares o socioambientales.

Justificación:

Ajustándose este punto a la definición de A.T. en el Libro Blanco, se elimina 1. y 2. y se sustituye por 1: Los destinatarios son la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación.

Se añade 2, la población de riesgo es potencial destinataria de los servicios de A.T. Puesto que la prevención es el objetivo primordial de la A.T.: prevención primaria (dirigido a toda la población infantil), prevención secundaria (población de riesgo biológico y/o socio ambiental) prevención terciaria (población con trastorno en el desarrollo).

Se elimina 3, los niños menores de 6 años con necesidades de recibir A.T. y no los alumnos. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación. El concepto de niño-niña es más amplio que el de alumno-a y que el de paciente. La A.T. va dirigido a la población infantil en su globalidad y no limitado a sus objetivos escolares (alumno).

Dejar que acaben las sesiones de atención temprana hasta que termine un curso escolar no tiene ningún argumento científico, los motivos que lleven a que un niño esté un año más si fuera necesario sí, por la maduración cerebral no es exacta por lo que es necesario dar ese año de margen en algunos casos.

La atención temprana no son clases particulares, ni horas de entretenimiento para niños y niñas para que los padres tengan horas libres. Cuando acuden a las sesiones de atención temprana es con un fin sanitario y no educativo ni de ocio.

#### Enmienda n.º 5

Enmienda de modificación.

Artículo 4. Finalidad y objetivos.

Donde dice:

Artículo 4. Finalidad y objetivos.

1. La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Debe decir:

Artículo 4. Finalidad y objetivos.

1. La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad **o el riesgo de padecerla, si se diera esta circunstancia**, así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Justificación: con la coherencia de argumento y el seguimiento del hilo conductor de la definición, es necesario complementar el punto 1 con "Eliminar los efectos del riesgo de padecer una alteración o discapacidad también es la finalidad de la A.T."

### Enmienda n.º 6

Enmienda de modificación.

Artículo 5. Principios rectores.

Donde dice:

Artículo 5. Principios rectores.

b) Universalidad: El acceso...

c) Gratuidad. La cobertura...

Debe decir:

Artículo 5. Principios rectores.

b) La Atención Temprana debe ser un servicio universal, del que no solo se benefician los niños con una discapacidad o que estén en situación de riesgo, sino también aquellos otros que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años. Asimismo, deben ser objeto de programas de Atención Temprana las familias que, por diversas circunstancias, no estén en condiciones de proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y equilibrado. De todo lo anterior se desprende que, teniendo en cuenta los beneficios aportados y su bajo coste económico en comparación con intervenciones iniciadas en años posteriores, los niños y las familias que lo requieran deben tener acceso gratuito a los programas de Atención Temprana.

c) Inmediatez de la intervención. El sistema de prestación de la Atención Temprana en la Región de Murcia garantizará la inmediatez de la intervención, eliminando trámites administrativos y paliando de esa forma las consecuencias que el retraso en la intervención puede tener para el futuro desarrollo del niño.

Justificación:

b) Partiendo del L.B. y de la práctica de los profesionales de la R.M. y del resto del Estado español los términos expresados en este proyecto de ley no caben la "Universalidad ni la Gratuidad": no hay "requisitos establecidos" para cumplir con ellas. La universalidad no coge en haremos cerrados a la discapacidad ni la gratuidad se consigue con una infradotación económica calculada para que la demanda actual quede en cuello de botella y solo una pequeña proporción de dicha población

consiga ese derecho.

c) El término "temprana" no es gratuito, contiene una cualidad que distingue la A.T. de cualquier otra intervención. El sentido de atender "inmediatamente" a un niño y a su familia, una vez detectada una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla, es debido a que previene efectos secundarios irreparables tanto en el niño como en el bienestar emocional de la familia: plasticidad cerebral, hitos del desarrollo, emociones como la ansiedad, depresión, incertidumbre y afectivos tales como el apego y los vínculos familiares entre otros no menos importantes. La inmediatez en la intervención es un principio rector imprescindible para que la Atención Temprana sea Atención Temprana y no otra "cosa".

### Enmienda n.º 7

Enmienda de modificación.

Artículo 5. Principios rectores.

Donde dice:

Artículo 5. Principios rectores.

d) Igualdad y equidad con perspectiva de género: Se garantizará la igualdad en el acceso con arreglo a criterios de equidad, sin discriminación alguna asociada a condiciones personales, económicas o sociales.

Debe decir:

Artículo 5. Principios rectores.

d) Igualdad y equidad: Se garantizará la igualdad en el acceso con arreglo a criterios de equidad, sin discriminación alguna asociada a condiciones personales, económicas o sociales.

Justificación:

Se elimina el término "perspectiva de género, por tener una clara intención adoctrinadora, y no ser necesario para dar sentido al apartado, ya que es el eufemismo que usa la izquierda para disfrazar la ideología de género, una teoría totalitaria surgida de la extrema izquierda que pretende aplicar la tesis marxista de la lucha de clases a la relación entre hombres y mujeres.

### Enmienda n.º 8

Enmienda de modificación.

Artículo 5. Principios rectores.

Donde dice:

Artículo 5. Principios rectores.

e) Atención personalizada, integral continua: La adecuación del servicio a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, considerando los aspectos relativos a la prevención, estimulación, atención, promoción y la integración para la elaboración de un Plan individual de atención. De acuerdo con este principio, las intervenciones integrales en atención temprana deben abordar a los menores y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que puedan influir en la evolución de la situación. Asimismo, tanto los tratamientos habilitadores y rehabilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor y de su familia, evitando intervenciones parciales o fragmentadas salvo que sean estas las intervenciones indicadas.

Debe decir:

Artículo 5. Principios rectores.

e) Atención personalizada, integral continua: La adecuación del servicio a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, considerando los aspectos relativos a la prevención, estimulación, atención, promoción y la integración para la elaboración de un Plan individual de

atención. De acuerdo con este principio, las intervenciones integrales en atención temprana deben abordar a los menores y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que puedan influir en la evolución de la situación. Asimismo, tanto los tratamientos habilitadores y rehabilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor y de su familia.

Justificación:

En Atención Temprana no existen intervenciones parciales o fragmentadas en ningún caso. Se trata de una intervención global e integral, teniendo en cuenta todos los ámbitos del niño, de la familia y del entorno (diferencia sustancial con los objetivos de otras entidades complementarias a la A.T.).

#### **Enmienda n.º 9**

Enmienda de modificación.

Artículo 5. Principios rectores.

Donde dice:

Artículo 5. Principios rectores.

i) Proximidad y sectorización: los recursos para la intervención integral en atención temprana deben estar próximos a la zona....

Debe decir:

Artículo 5. Principios rectores.

i) Proximidad y sectorización: los recursos para la intervención integral en atención temprana deben ser ofrecidos en el municipio donde el menor resida, y ser plenamente accesibles. Excepcionalmente, cuando las circunstancias puntuales del servicio en un municipio determinado o las propias necesidades del menor lo requieran por las características de su valoración y el Programa Individual de Atención así lo establezca, podrá, a través de la Red Pública de Centros, organizarse las condiciones que permitan al menor ser atendido en el municipio más cercano al de residencia.

Justificación: La no existencia de los recursos para la intervención integral en A.T. en el mismo municipio donde el menor resida debe ser excepcional.

#### **Enmienda n.º 10**

Enmienda de supresión.

Artículo 5. Principios rectores.

Se suprime el apartado l) del artículo 5.

l) Educación inclusiva: La educación donde todos los menores...

Justificación:

La extensa normativa sobre educación recoge este y otros principios rectores fundamentales de la educación. Carece de sentido nombrar aquí, en una normativa sobre A.T., uno de los principios rectores de la educación.

#### **Enmienda n.º 11**

Enmienda de modificación.

Artículo 5. Principios rectores.

Donde dice:

Artículo 5. Principios rectores.

m) Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que

presentan alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Debe decir:

Artículo 5. Principios rectores.

m) Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan **algún trastorno en el desarrollo** o alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Justificación: la A.T. no previene solo la discapacidad, sino que también las alteraciones del desarrollo.

### Enmienda n.º 12

Enmienda de adición.

Artículo 5. Principios rectores. Se añade un nuevo apartado ñ).

ñ) Integral, circular, reflexiva y autónoma, de manera que sea el mismo equipo el que realice todo el circuito asistencial y los procesos nucleares de valoración, intervención y evaluación con autonomía respecto de los diferentes departamentos administrativos de salud, educación o servicios sociales.

Justificación:

La autonomía de los procesos internos de la A.T. respecto a los sectores de salud, educación y servicios sociales es una premisa imprescindible que asegura que la familia y el niño con necesidad de A.T. reciba dentro del CDIAT el proceso íntegro garantizando así el máximo nivel de coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

### Enmienda n.º 13

Enmienda de modificación.

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

Donde dice:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de servicios sociales:

b) La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana.

c) La prestación del Servicio de Desarrollo infantil y Atención Temprana (SEDIAT), de acuerdo....

d) La elaboración y aprobación. cada cuatro años, de un Plan Regional integral de ....

Debe decir:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de servicios sociales:

b) La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana **a partir del informe sanitario de necesidad remitido por el pediatra, de manera inmediata a la detección de dicha necesidad y, en su caso, de manera paralela al comienzo de la intervención en el CDIAT para priorizar la inmediatez de esta.**

c) La prestación del Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAT), de acuerdo con el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la necesidad de A.T. De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 14, estas prestaciones serán llevadas a cabo en los centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT) **cuya**



**valoración de necesidad de atención temprana se considera válida una vez sea emitido informe por el pediatra, hasta tanto sea ratificada por el correspondiente órgano competente antes mencionado, y permitirá el inicio inmediato de la intervención, así como la cobertura de sus costes en tanto se complete el expediente de atención temprana.**

El servicio de Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, su familia y su entorno, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

d) La elaboración y aprobación, cada cuatro años, de un Plan Regional Integral de Atención Temprana, como un instrumento participativo y público con intervención de los agentes afectados. Asimismo, le corresponde el seguimiento, evaluación y en su caso revisión del mencionado Plan Regional. Tanto para su aprobación, como para su evaluación y revisión, el Plan Regional Integral de Atención Temprana requerirá informe previo de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana.

En este Plan existirá una dotación específica dirigida a la investigación y a la formación de los profesionales educativos, de los servicios sociales y de sanidad en materia de Atención Temprana.

El primer Plan Regional Integral de Atención Temprana será aprobado en el año siguiente a la entrada en vigor de la presente Proposición de ley.

Justificación:

Se añade en el apartado b) la inmediatez en la atención.

Se elimina del apartado c) SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y así como los de la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

Se elimina y añade al apartado c) El inicio de la tramitación requerirá únicamente el informe de necesidad remitido por el pediatra, comenzando de forma paralela la intervención desde el CDIAT.

Se elimina en el apartado d) la referencia al SAAD, ya que el Plan Regional estará basado en las previsiones establecidas para la Atención Temprana. Estas actuaciones son alternativas y no imprescindibles para actuar en A.T.

#### **Enmienda n.º 14**

Enmienda de modificación.

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

Donde dice:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

3. En el caso de precisar intervenciones de atención temprana, las actuaciones en el ámbito de los servicios sociales serán, entre otras:

b) En los casos que exista discapacidad, valoración de la misma por los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad.

c) Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, de conformidad con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía

Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Debe decir:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

3. En el caso de precisar intervenciones de atención temprana, las actuaciones en el ámbito de los servicios sociales serán, entre otras:

b) En los casos que exista discapacidad, valoración de la misma por los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad. **Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.**

c) Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, de conformidad con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. **Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.**

Justificación:

Se añade en el b) y c) la garantía de la independencia, a efectos de inicio de la intervención, de la valoración de discapacidad y del reconocimiento de la situación de dependencia.

#### Enmienda n.º 15

Enmienda de modificación.

Artículo 9. Competencias y actuaciones en el ámbito sanitario.

1. Niveles de actuación de la Consejería competente en materia sanidad:

Donde dice:

d) La detección y diagnóstico del menor, así como la emisión de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el equipo de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana por presentar indicadores de riesgo biológico o social.

Debe decir:

d) La detección y diagnóstico del menor, así como la emisión de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el CDIAT por presentar indicadores de riesgo biológico o social.

Justificación:

Son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana. Ambos equipos se coordinarán en los distintos procesos por los que pasea el niño y su familia, teniendo en cuenta todas las características del entorno.

#### Enmienda n.º 16

Enmienda de modificación.

Artículo 9. Competencias y actuaciones en el ámbito sanitario.

2. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, de acuerdo con el anterior apartado, las actuaciones de prevención, promoción e intervención siguientes:

Donde dice:

a) Prevención primaria: Programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento de menores de alto riesgo.

b) Prevención secundaria: Campañas de sensibilización a profesionales para el diagnóstico precoz en población de riesgo, programas de prevención de complicaciones y de seguimiento

específico a menores con problemas durante el embarazo o periodo neonatal.

c) Prevención terciaria: Seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.

d) En las actuaciones de detección y diagnóstico se realizará, entre otras, el diagnóstico funcional, sindrómico o etiológico de las alteraciones en el desarrollo, así como la realización de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el equipo de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana por presentar indicadores de riesgos biológico o social.

Debe decir:

a) Prevención primaria: Programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento **en la población general, con especial atención ante posibles menores en situación de alto riesgo.**

b) Prevención secundaria: **Derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el CDIAT al presentar factores de riesgo biológico y/o social. Así como seguimiento de los niños previamente derivados. Además de** campañas de sensibilización a profesionales para el diagnóstico precoz en población de riesgo, programas de prevención de complicaciones y de seguimiento específico a menores con problemas durante el embarazo o periodo neonatal.

c) Prevención terciaria: **Derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser atendido por el CDIAT al constatar la existencia de un trastorno en el desarrollo, así como** el seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.

d) En las actuaciones de detección y diagnóstico se realizará, entre otras, el diagnóstico funcional, sindrómico o etiológico de las alteraciones en el desarrollo, así como la realización de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser **atendido por el CDIAT de referencia.**

Justificación:

Se modifica punto a), la prevención primaria se realiza sobre la población general

Se añade al punto b), en relación con la A.T. la prevención secundaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT.

Se añade al punto c), en relación con la A.T. la prevención terciaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT.

Se modifica punto d), son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana.

### Enmienda n.º 17

Enmienda de modificación.

Artículo 10. Competencias y actuaciones en el ámbito educativo.

1. Sin perjuicio de los tres niveles de intervención recogidos en el artículo 6.1, corresponde a la Consejería competente en materia de educación:

Donde dice:

a) La escolarización de los menores de 3 a 6 años, y de los menores de 0 a 3 años cuando ello sea posible, según lo establecido por la legislación educativa vigente, y la provisión de los apoyos específicos que requieran, así como a la orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.

b) La realización de actuaciones de detección y evaluación de las necesidades educativas del menor.

c) La valoración técnica de necesidad de atención temprana y el seguimiento de la evolución de la atención temprana recibida por el menor, en coordinación con los profesionales del centro de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales.

Debe decir:

a) La escolarización de los menores de 3 a 6 años, y de los menores de 0 a 3 años cuando ello sea posible, según lo establecido por la legislación educativa vigente, y la provisión de los apoyos específicos que requieran, así como a la orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades en coordinación, pero independientemente de la intervención que sea necesaria realizar desde los CDIAT.

b) La realización de actuaciones de detección y posterior derivación al pediatra, por parte de los servicios educativos implicados cuando se detecte que el menor es susceptible de beneficiarse del servicio de atención temprana.

c) La valoración técnica de necesidad de atención educativa y el seguimiento de la evolución de la atención educativa recibida por el menor dentro del ámbito escolar.

Justificación:

Se añade al apartado a). La intervención sobre el niño, la familia y el entorno en A.T. es independiente de los apoyos educativos específicos. Y al b) el ámbito educativo, entre sus actuaciones cuenta con de la derivación al servicio de pediatría cuando se detecte la necesidad de valoración por A.T.

Se elimina y añade al c). el ámbito educativo es el encargado de la valoración y seguimiento de las necesidades educativas. No es competente en la valoración y seguimiento de las necesidades de atención temprana de un niño, familia y entorno.

### Enmienda n.º 18

Enmienda de modificación.

Artículo 10. Competencias y actuaciones en el ámbito educativo.

2. A la vista de las competencias recogidas en el apartado precedente, las actuaciones en el ámbito educativo serán, entre otras:

Donde dice:

a) El desarrollo de programas de prevención y detección...

b) La realización de la evaluación psicopedagógica para la...

c) La emisión del informe de valoración ....

d) El seguimiento de la evolución del menor en relación con la idoneidad...

e) La emisión, en su caso, del informe de continuación de la intervención prescrita.

f) La orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.

g) Una vez realizada la escolarización de los menores, colaborar con los profesionales de los centros educativos en el proceso de elaboración, desarrollo y evaluación de las adaptaciones curriculares que precise el alumnado, así como colaborar con otros organismos e instituciones que presten atención a la infancia con el fin de llevar a cabo actuaciones conjuntas.

Debe decir:

a) La orientación educativa a los padres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.

b) Una vez realizada la escolarización de los menores, colaborar con los profesionales de los centros educativos en el proceso de elaboración, desarrollo y evaluación de las adaptaciones curriculares que precise el alumnado, así como colaborar con otros organismos e instituciones que presten atención a la infancia con el fin de llevar a cabo actuaciones conjuntas.

c) Realizar programas de prevención, educación para la salud en colaboración con los agentes sanitarios y los CDIAT.

d) Detección de factores de riesgo biológico y social, así como inmediata derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

e) Detección de trastornos en el desarrollo y posterior derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

Justificación:

Se eliminan los apartados a, b, c, d y pasa el f y g a ser a) y b), añadiendo el c, d y e. El ámbito educativo cuenta entre sus actuaciones con las dirigidas a prevención primaria, secundaria y terciaria.

Es de destacar que actualmente el EOEP en nuestra Región lleva a cabo una magnífica labor psicoeducativa, con pocos recursos humanos, y con los cuales los CDIAT mantienen una excelente coordinación, intercambiando información sobre los expedientes en común. También es destacable que sus clasificaciones diagnósticas están basadas en diagnósticos de trastornos del desarrollo, cerrados o reconocimiento de discapacidad para reconocerle sus derechos a apoyos educativos y becas. No es posible llevar a cabo con sus instrumentos diagnósticos una intervención preventiva.

### Enmienda n.º 19

Enmienda de modificación.

Artículo 11. Recursos de intervención en atención temprana.

Los recursos para el desarrollo de la intervención en atención temprana en la Región de Murcia son:

Donde dice:

**a) Los centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.**

b) Los centros educativos de infantil y primaria.

**c) Los equipos de atención primaria y especializada de la Consejería competente en materia de sanidad.**

d) Los Servicios Sociales Especializados.

**e) Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana, específicos y de sector (en adelante EOEP).**

f) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad.

g) Los CDIAT, genéricos y específicos.

Debe decir:

**a) Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) y Servicios Sociales especializados.**

b) Los equipos de atención primaria y especializada de la Consejería competente en materia de sanidad.

c) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad **u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente.**

d) Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana, específicos y de sector (en adelante EOEP).

e) Los Centros de Educación de Infantil y Primaria **y demás recursos educativos de atención a la infancia (guarderías municipales, escuelas infantiles de la CARM, Puntos de Atención a la Infancia, Centros de Atención a la Infancia).**

f) Los Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.

Justificación:

Se cambia el orden de enumeración por orden de prioridad. Se añade al apartado a): los CDIAT; al c), se hace necesaria la creación de un órgano específico de gestión de la A.T.; y al e), otros recursos educativos de atención a la infancia.

### Enmienda n.º 20

Enmienda de supresión.

Artículo 12. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP).

Justificación:

Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error. Documentos de referencia elaborados por el GAT (Federación de asociaciones de profesionales de A.T.) lo exponen y argumentan claramente: los equipos de valoración y de intervención deben ser los mismos, no debe, por coherencia y eficiencia, existir dos equipos distintos. (Recomendaciones Técnicas, 2005).

### Enmienda n.º 21

Enmienda de modificación.

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

Donde dice:

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

Se elimina todo el texto.

Debe decir:

1. Composición de los CDIAT.

a) Los equipos de los CDIAT serán de composición multiprofesional y funcionamiento interdisciplinar, y estarán constituidos por especialistas en Atención Temprana. Estos equipos se conformarán con el número suficiente y adecuado de profesionales que facilite el trabajo interdisciplinario y cubra las necesidades evolutivas globales biopsicosociales del niño y de su familia (mínimo tres profesionales cubriendo el ámbito biopsicosocial).

b) La formación de los profesionales además de la titulación propia deberá ser específica en Atención Temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de postgrado-Máster específico o bien justificando, al menos, 5 años de experiencia laboral en Atención Temprana.

2. Actuaciones principales desde los CDIAT.

a) Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana: Prevención Primaria: evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil; Prevención Secundaria: detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo; Prevención Terciaria: actividades dirigidas hacia el menor y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

b) El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituye el núcleo de distribución de las siguientes acciones básicas:

(i). Acciones con relación al niño:

- Valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar en relación con el desarrollo infantil

de la población alcance.

- Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social, que podrán realizarse a nivel ambulatorio en el CDIAT, a nivel domiciliario o en otros ámbitos, en función de las necesidades y de los intereses del niño y su familia. (Por sus objetivos, duración y carácter integrado con aspectos psicosociales y personales se aconseja diferenciar estas prestaciones de las de rehabilitación hospitalaria -déficits recuperables de la Ley de Cohesión- o de reeducación especializada -audición y lenguaje, desarrollo fonológico, etcétera- propias del ámbito escolar).

- Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas (incluyendo el aprendizaje de lenguajes alternativos y/o aumentativos y de la lengua de signos) orientadas a la comunicación social, así como las necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria (se excluyen las prestaciones del catálogo ortoprotésico de los servicios sanitarios).

- Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas.

(ii) Acciones con relación a la familia.

- Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones.

- Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.

- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.

- Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.

- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

(iii) Acciones con relación al entorno.

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.

- Información de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.

- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.

- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.

- Apoyo, asesoramiento y participación con los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.

- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.

- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

Justificación:

Eliminación del punto 1: La intervención desde los CDIAT no incluye el listado de tratamientos expuestos, como por ejemplo "Apoyo Psicopedagógico" que es una intervención exclusivamente educativa, o por ejemplo la "Rehabilitación auditiva" que es una intervención sanitaria.

Eliminación del punto 3: "La intervención en atención temprana se asignará..... Es imposible basarla en asignar un número de sesiones de tratamiento conforme a un baremo de discapacidad de un niño, sin atender a las necesidades de la familia y del entorno. Todos no son iguales, somos diferentes.

Eliminación punto 4 y 5: Otros sistemas (educación o sanidad) no prestan los mismos tratamientos o intervenciones que los prestados por atención temprana y por esto nunca unos sustituirán a otros

La amplia bibliografía sobre A.T. incluye aspectos que se incluyen en este apartado, como es la composición de los CDIAT y actuaciones principales desde los CDIAT.

**Enmienda n.º 22**

Enmienda de modificación.

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del SEDIAT.

Donde dice:

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del SEDIAT.

Debe decir:

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del CDIAT.

Justificación:

La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. el concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo.

### Enmienda n.º 23

Enmienda de modificación.

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al SEDIAT.

Donde dice:

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al SEDIAT.

1. El derecho al SEDIAT se extingue por alguna de las siguientes causas:

a) Cumplimiento del plazo de intervención señalado en el informe de valoración emitido por el EOEP.

.....

2. En aquellos supuestos en que pudiera existir dejación de funciones o una actitud del padre, madre o representante legal del menor que pudiese repercutir en una desprotección del mismo, se actuará de conformidad con lo establecido en la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la infancia de la Región de Murcia no perdiendo el menor el derecho a la incorporación al SEDIAT.

Debe decir:

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al CDIAT.

1. El derecho al CDIAT se extingue por alguna de las siguientes causas:

a) Cumplimiento del plazo de intervención señalado en el Informe de valoración emitido por el CDIAT.

Justificación:

Se elimina del título, del punto 1 y 1.a) y punto 2: SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

### Enmienda n.º 24

Enmienda de supresión.

Artículo 17. Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana.

Eliminar apartado l) y m).

l) Dos representantes de los sindicatos más representativos en la Región de Murcia.



m) Un representante de la Federación de empresarios implicados más representativa de la Región de Murcia.

Justificación:

Se considera que la participación de las organizaciones sindicales y empresariales generalistas en el Consejo Regional de Coordinación de Atención Temprana no es necesaria, ya que su posible papel en esta entidad queda perfectamente ejercido por el resto de entidades especializadas en Atención Temprana.

### Enmienda n.º 25

Enmienda de supresión.

Artículo 18. Comisión Técnica de Atención Temprana.

Eliminar apartado d y e.

a) Persona que ostente la dirección de un EOEP de atención temprana.

b) Persona que ostente la dirección de un EOEP de sector.

Justificación:

Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

### Enmienda n.º 26

Enmienda de modificación.

Artículo 19. Procedimiento ordinario y medidas provisionales de intervención en atención temprana.

Donde dice:

Artículo 19. Procedimiento ordinario y medidas provisionales de intervención en atención temprana.

1. Procedimiento ordinario.

a) El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor **por cualquiera de los medios previstos en el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas**, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios **sociales, sanitarios o educativos**.

b) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana **y del derecho al SEDIAT**.

**2. Medidas provisionales de Intervención en atención temprana.**

Debe decir:

Artículo 19. Procedimiento.

1) Procedimiento.

a) El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sanitarios.

b) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS u **órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente**, será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

c) Una vez detectada la necesidad de atención temprana, derivado el menor a través del CDIAT al recurso de intervención más adecuado, se iniciará el procedimiento ordinario de tramitación del expediente recogido en el artículo 8, en los términos que se expresen a continuación. Dicha tramitación no puede suponer, en ningún caso, el retraso en el inicio de la intervención o la paralización de la misma si ya hubiere comenzado, salvo lo que reglamentariamente se establezca.

2) Procesos de intervención:

El sistema sanitario, educativo y los servicios sociales que están directamente implicados en la atención a las personas menores de seis años deberán establecer mecanismos de coordinación eficaces para optimizar los recursos, y evitar fragmentaciones, así como garantizar la continuidad de los procesos de intervención.

a) Detección y derivación al CDIAT: En el caso de sospecha de necesidades relacionadas con el desarrollo, o de situación de vulnerabilidad que pueda afectar negativamente al proceso evolutivo del niño o niña, los profesionales de los sistemas de protección, sanitario, social y educativo incluido el propio CDIAT deberán canalizar las situaciones detectadas, mediante un "Informe de Derivación", al pediatra que atiende al niño dentro del área sanitaria correspondiente. Las familias ante cualquier sospecha también podrán solicitar asistencia acudiendo al pediatra, el cual determinará si se cumplen los criterios para realizar la derivación al CDIAT.

Una vez el pediatra considera adecuada la derivación, se inicia el denominado Expediente Único, cuya finalidad es centralizar la valoración, diagnóstico e información de todos los recursos materiales y humanos implicados para conseguir una atención conjunta eficaz y de calidad. Para ello se proporcionará a pediatras y CDIAT el soporte informático que facilite la gestión de casos y expedientes, la elaboración de informes y memorias y la realización de estudios e investigaciones.

El pediatra, por tanto, realiza la derivación al CDIAT para que se inicie la acogida del niño y su familia. En dicha derivación se tendrá en cuenta la proximidad del CDIAT al entorno del niño, pudiendo no obstante la familia solicitar un centro alternativo en base a sus preferencias. Siempre se procurará ofrecer los centros más cercanos a la residencia/vivienda del niño y su familia.

b) Fase de acogida del CDIAT: En el plazo máximo de 5 días hábiles el CDIAT iniciará el proceso de valoración de necesidad, y ofrecerá a las familias el apoyo y asesoramiento necesario en cada caso.

c) Fase de valoración: El equipo del CDIAT llevará a cabo la valoración inicial del menor, su familia y entorno, elaborando las hipótesis iniciales sobre la situación y necesidades evolutivas del niño, competencias familiares y factores contextuales que puedan influir en el desarrollo personal y en su inclusión social. Para ello se utilizarán herramientas diagnósticas consensuadas por los profesionales. En esta fase se realiza la resolución de necesidad que será incluida en el expediente único.

La valoración inicial tendrá lugar en los contextos naturales donde se desenvuelve el niño/a, o bien en los propios de los CDIAT.

El equipo interdisciplinar del CDIAT, mediante una reunión metodológica interdisciplinar, realizará una puesta en común sobre la evaluación de las necesidades del menor y su familia, y mediante la

emisión de un "Informe Inicial" determinará la necesidad de intervención. Este Informe inicial quedaría recogido con el formato de Documento acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa a todos los efectos. En el caso de centros de titularidad pública, este documento acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa inmediata y en centros de titularidad privada, la administración a través del correspondiente convenio o concierto de colaboración con dicho centro establecerá los mecanismos oportunos para la validación del informe inicial, sin alterar la continuidad del proceso de acogida. Estos mecanismos se realizarán a través de la Dirección General correspondiente del IMAS, en un plazo máximo de 30 días desde la entrada de solicitud en este organismo, sin suponer demora en los restantes plazos establecidos en el proceso de intervención del CDIAT.

Este informe será incluido en el Expediente Único con resolución de necesidades e incluiría, si fuera necesario, solicitud al pediatra de derivación a otros servicios clínicos especializados. Si el niño/a y su familia necesitaran intervención, el equipo iniciará el proceso de elaboración del Plan de Intervención en Atención Temprana (PIAT) de manera inmediata, a partir del diagnóstico funcional, contemplando los objetivos consensuados con la familia y la intensidad (UMAT) de la intervención.

d) Fase de intervención: En esta fase se produce la ejecución del PIAT mediante el conjunto de recursos y medios específicos que se dirijan a los niños/as, a sus familias y a su entorno, para la consecución de los objetivos acordados.

e) Fase de evaluación: El PIAT será actualizado periódicamente para determinar la evolución, o consecución de los objetivos, así como para ampliar/disminuir, o cambiar dicho plan de intervención. Anualmente el CDIAT realizará un "Informe de valoración" de cada caso y elaborará una memoria de la actividad realizada por el centro.

f) Fase de cese: Tras la verificación de causa de finalización expuesta en el artículo 21, los profesionales prepararán la transición a otros recursos, elaborarán los informes que acrediten la finalización del proceso y gestionarán los trámites exigidos que imponga la norma.

3. Por todo lo expuesto en este artículo se diferencian dos tipos de actividad dentro del CDIAT:

a. Actividad directa, acciones profesionales llevadas a cabo directamente sobre el niño y/o la familia como la acogida, las valoraciones, el diagnóstico interdisciplinar, la atención terapéutica, las entrevistas familiares, la evaluación, el cese o derivación..., etcétera.

b. Actividad indirecta, son las restantes actividades que realiza el equipo del CDIAT, incluidas las de incidencia preventiva y comunitaria, además de las actividades de apoyo a la atención directa y la gestión integral del centro, tales como valoración e interpretación de pruebas, documentación del caso, interconsulta, coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia, coordinación interna, gestión y administración, formación continuada, docencia e investigación, evaluación y planificación estratégica, mantenimiento del CDIAT..., etcétera.

Justificación:

Entendemos que no se debe hablar de procedimientos ordinarios y extraordinarios, ya que la atención temprana siempre debe tener un carácter prioritario, urgente y preventivo, y por lo tanto no hay medidas provisionales de intervención ya que todos los casos detectados iniciarán el procedimiento administrativo después de su llegada al CDIAT.

Se sustituye el texto por los procesos de intervención redactados y que tienen su fundamento en la amplia bibliografía de consenso sobre la A.T. El acceso directo desde el pediatra al CDIAT es imprescindible para que el procedimiento respete uno de los pilares básicos de la A.T., la inmediatez.

### Enmienda n.º 27

Enmienda de modificación.

Artículo 20. Documentación.

Donde dice:

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten. Especialmente, se recabará de oficio el estudio diagnóstico del sentido público de pediatría correspondiente relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social que justifiquen que el menor deba ser valorado por los **EOEP**.

2. No obstante lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios. De acuerdo con ello, podrán presentar junto con la solicitud informe de valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del **SEDIAT**, realizado por el equipo profesional de un CDIAT **con base en el baremo recogido en el anexo de este decreto**, debiendo recoger dicho informe como mínimo la información a la que se refiere el artículo 21.3 del presente decreto.

3. De forma voluntaria, podrá solicitarse simultáneamente el reconocimiento de la condición de discapacidad y/o dependencia. De ser así, los equipos de valoración de dependencia y/o discapacidad actuarán de forma coordinada en la valoración con el **EOEP** correspondiente.

Debe decir:

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten. Especialmente, se recabará de oficio el estudio diagnóstico del servicio público de pediatría correspondiente relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social que justifiquen que el menor deba ser valorado por los **CDIAT**.

2. No obstante lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios. De acuerdo con ello, podrán presentar, junto con la solicitud, informe de valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del CDIAT, realizado por el equipo profesional de un **CDIAT**, debiendo recoger dicho informe como mínimo la información a la que se refiere el artículo 21.3 del presente decreto.

3. De forma voluntaria, podrá solicitarse simultáneamente el reconocimiento de la condición de discapacidad y/o dependencia. De ser así, los equipos de valoración de dependencia y/o discapacidad actuarán de forma coordinada en la valoración con el **CDIAT** correspondiente.

Justificación:

Se sustituye en el punto 1 y 3 los EOEP, ya que los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento y no tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Se sustituye en el punto 2: SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los

requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

Se elimina en el punto 2 la referencia al baremo obsoleto y no consensuado que solo contempla discapacidad, dejando fuera los factores de riesgo.

### Enmienda n.º 28

Enmienda de modificación.

Artículo 21. Valoración de necesidad de atención temprana,

Donde dice:

1. El **EOEP** que corresponda en cada zona realizará la valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de sentidos especializados de atención temprana y del derecho al **SEDIAT** mediante el estudio y diagnóstico de las necesidades que puedan derivar en dificultades en el desarrollo del menor. **Para ello**, el órgano instructor remitirá la solicitud y toda la documentación presentada al **EOEP** correspondiente.

2. Si la documentación aportada no resulta suficiente para valorar la necesidad de atención temprana, el **EOEP** podrá requerir a los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales cualquier información complementaria que considere oportuna.

3. Tras el estudio y el diagnóstico de la situación, e independientemente de las calificaciones de dependencia y discapacidad, el **EOEP** emitirá el correspondiente informe de valoración técnica en el que se hará constar, como mínimo:

a) Los datos personales del menor.

b) Los resultados de la valoración por áreas de desarrollo.

c) El diagnóstico de la situación del menor.

d) Apoyos especializados que recibe, en el caso de menores escolarizados en el segundo ciclo de educación infantil.

e) Valoración sobre la existencia de necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del **SEDIAT**.

f) La prescripción de las sesiones necesarias y el seguimiento sobre el desarrollo de la intervención.

g) La duración prevista de la intervención y la fecha de revisión.

4. No obstante lo regulado en los párrafos precedentes, cuando se presente junto con la solicitud Informe de valoración técnica realizado por el equipo profesional de un CDIAT de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 20.2 del presente decreto, el EOEP que vaya a realizar la evaluación de la necesidad de Atención Temprana deberá tenerlo en consideración a la hora de realizar la prescripción de la intervención que el menor precise, al igual que el resto de informes, documentos y alegaciones que se recojan en el expediente administrativo.

5. En el plazo de 30 días desde que se inició el procedimiento, el EOEP deberá redactar la valoración técnica a que se refiere el artículo 12.3. a) del presente decreto y remitirla al órgano instructor.

Debe decir:

1. El **CDIAT** que corresponda en cada zona realizará la valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de servicios especializados de atención temprana mediante el estudio y diagnóstico de las necesidades que puedan derivar en dificultades en el desarrollo del menor. **Una vez iniciada la acogida en el CDIAT**, el órgano instructor remitirá la solicitud y toda la documentación presentada al **CDIAT** correspondiente.

2. Si la documentación aportada no resulta suficiente para valorar la necesidad de atención temprana, el **CDIAT** podrá requerir a los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales cualquier información complementaria que considere oportuna.

3. Tras el estudio y el diagnóstico de la situación, e independientemente de las calificaciones de dependencia y discapacidad, el **CDIAT** emitirá el correspondiente informe de valoración técnica en el que se hará constar, como mínimo:

- a) Los datos personales del menor.
- b) Los resultados de la valoración por áreas de desarrollo.
- c) El diagnóstico de la situación del menor.
- d) Apoyos especializados que recibe, en el caso de menores escolarizados en el segundo ciclo de educación infantil.
- e) Valoración sobre la existencia de necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del **CDIAT**.
- f) La prescripción provisional de las sesiones necesarias y el seguimiento sobre el desarrollo de la intervención.
- g) La duración prevista de la intervención y la fecha de revisión.

4. En el plazo de 30 días desde que se inició el procedimiento, el **órgano correspondiente de la consejería competente en materia de atención temprana** deberá redactar la valoración técnica a que se refiere el artículo 12.3. a) del presente decreto y remitirla al órgano instructor.

Justificación:

Se sustituye en el punto 1, 2 3 y 3.e): EOEP por CDIAT ya que los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento y no tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Se elimina en el punto 1 "y del derecho al SEDIAT". La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

Se añade en el punto 1 "una vez iniciada la valoración en el CDIAT" ya que el órgano instructor iniciará el trámite tras la fase derivación y paralelamente a las fases de acogida y valoración en el CDIAT.

Se añade al punto 3.f): "provisional", ya que la prescripción de las sesiones necesarias estará siempre sujeta a la natural variabilidad, evolución y cambios en las necesidades de desarrollo que se producen tanto en el niño como en la familia y el entorno.

Se elimina el punto 4, por eso el 5 pasa a 4, porque el procedimiento de valoración queda suficientemente descrito en el apartado anterior, además incluye la participación de los EOEP.

### Enmienda n.º 29

Enmienda de modificación.

Artículo 22. Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

Donde dice:

1. Conforme al informe de valoración técnica remitido por el EOEP, y en el plazo de 10 días, el órgano instructor, mediante resolución, asignará la intensidad y el conjunto de recursos más adecuados a las necesidades del menor y su familia de entre los seleccionados por los solicitantes,

debiendo tenerse en cuenta como criterio prioritario la elección realizada por los mismos.

En el caso de que la resolución se separara de la valoración realizada por el EOEP, esta deberá estar motivada.

2. Transcurrida la suma de ambos plazos sin dictarse y notificarse resolución alguna, el interesado podrá entender desestimada su solicitud por silencio administrativo.

3. Esta resolución no pondrá fin a la vía administrativa, pudiendo interponerse contra la misma recurso de alzada ante la Presidencia del Instituto Murciano de Acción Social, de conformidad con el artículo 5 del Decreto 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social, en relación con los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de su notificación.

Debe decir:

1. Los CDIAT realizarán completo el circuito asistencial, desde la solicitud de atención hasta el cese. El acceso a la intervención en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana no estará condicionado a la certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

2. Tendrán acceso directo al CDIAT:

a) Las familias empadronadas en un municipio de la Región de Murcia al tiempo de presentar su solicitud y mantenerlo durante todo el tiempo que reciba el servicio.

b) Los niños con una edad inferior a los 6 años que tengan una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla.

3. No recibir servicio para el mismo objeto por parte de otra entidad perteneciente a la Red pública de CDIAT.

Justificación:

Se elimina todo el contenido del artículo original al tratar sobre el reconocimiento de necesidad de valoración de necesidad de AT por lo EOEP.

Se añaden los puntos 1,2 y 3: Se define la autonomía de los CDIAT y del inicio del proceso de AT independientemente de la certificación de discapacidad o dependencia. Se define la necesidad de estar en empadronado en un municipio de la Región de Murcia y tener una edad inferior a 6 años; así como no recibir intervención en otro centro de desarrollo infantil y atención temprana de la red pública.

### **Enmienda n.º 30**

Enmienda de modificación.

Artículo 23. Incorporación al CDIAT. Plan Individual de Atención Temprana (PIAT).

Donde dice:

1. Una vez concedido un CDIAT, la incorporación del menor al servicio deberá producirse en el plazo de 6 días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la resolución. Transcurrido dicho plazo sin que el menor haya procedido al ingreso, y sin que durante el mismo se haya formulado alegación alguna que justifique su incomparecencia, se le tendrá por decaído en su derecho al ingreso mediante resolución dictada al efecto. En este supuesto, se tendrá en cuenta, si procede, lo dispuesto en el artículo 16.2 del presente decreto.

2. Una vez que se produzca la incorporación del menor, se realizará la acogida y valoración de este y su familia en el CDIAT, se realizará por el equipo técnico del centro una propuesta de intervención interdisciplinar elaborando el PIAT que contemple la intervención en los diferentes contextos donde se desenvuelve el menor, teniendo en cuenta para ello lo establecido en el informe de valoración del EOEP. Este PIAT contendrá como mínimo:

a) Datos del menor.

b) El diagnóstico de la situación de necesidad de servicios especializados de atención temprana, según informe de valoración técnica del EOEP.

c) Objetivos de la intervención.

d) Intervención que recibirá y las características de la misma (número de sesiones, temporalización, agrupamientos, profesionales que intervienen, etc.), teniendo en cuenta lo establecido en el informe de valoración del EOEP.

Este PIAT deberá ser remitido a la Administración Regional, a través del sistema informático de atención temprana integral, en el plazo de un mes.

3. El PIAT se revisará al menos anualmente, así como siempre que exista una nueva valoración por los EOEP.

Debe decir:

Una vez que se produzca la incorporación del menor, se realizará la acogida y valoración de este y su familia en el CDIAT, se realizará por el equipo técnico del centro una propuesta de intervención interdisciplinar elaborando el PIAT que contemple la intervención en los diferentes contextos donde se desenvuelve el menor.

Este PIAT contendrá como mínimo:

1. Datos del menor.
2. El diagnóstico de la situación de necesidad de servicios especializados de atención temprana.
3. Objetivos de la intervención.
4. Intervención que recibirá y las características de la misma (número de sesiones, temporalización, agrupamientos, profesionales que intervienen, etcétera).

Este PIAT deberá ser remitido a la Administración Regional, a través del sistema informático de atención temprana integral, en el plazo de un mes.

Justificación:

Se elimina el punto 1, no es necesario plazo para la incorporación del menor al servicio ya que el proceso se inicia cuando el menor ya ha sido detectado y derivado al CDIAT. Y punto 3, el PIAT se revisará en cada caso con la periodicidad que los profesionales que atienden al niño, familia y al entorno estimen necesario; y al menos una vez al año.

### Enmienda n.º 31

Enmienda de modificación.

Artículo 25. Seguimiento y Evaluación.

Donde dice:

2. El **EOEP** y la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, de acuerdo con los protocolos que se establezcan, llevarán a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención con cada menor y su familia con una periodicidad al menos anual, valorándose los cambios producidos en su desarrollo, la eficacia de la metodología de intervención y su efectividad conforme a los objetivos programados en el PIAT. Esta evaluación se basará en los informes emitidos por el CDIAT y, si se considerase oportuno, en una entrevista diagnóstica y de seguimiento con el menor y su familia.

Debe decir;

2. El CDIAT y la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, de acuerdo con los protocolos que se establezcan, llevarán a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención con cada menor y su familia con una periodicidad al menos anual, valorándose los cambios producidos en su desarrollo, la eficacia de la metodología de intervención y su efectividad conforme a los objetivos programados en el PIAT. Esta evaluación se basará en los informes emitidos por el CDIAT y, si se considerase oportuno, en una entrevista diagnóstica y de seguimiento con el menor y su familia.



Justificación: es el CDIAT el que llevará a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención, así como el resto de procesos de los que consta el procedimiento de intervención en atención temprana.

### Enmienda n.º 32

Enmienda de modificación.

Artículo 26. Revisión. Apartado 1 y 1.b).

Donde dice;

Artículo 26. Revisión.

1. La intervención de servicios de atención temprana y el **SEDIAT** reconocidos podrá revisarse, garantizando la debida audiencia:

a) A propuesta del servicio social, sanitario o educativo que derivó el caso.

b) A propuesta del **EOEP** cuando tenga constancia de una variación de la situación del menor.

Debe decir:

Artículo 26. Revisión.

1. La intervención de servicios de atención temprana reconocidos podrá revisarse, garantizando la debida audiencia:

a) A propuesta del servicio social, sanitario o educativo que derivó el caso.

b) A propuesta del **CDIAT** cuando tenga constancia de una variación de la situación del menor.

Justificación:

Se elimina del punto 1 el SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio especializado de atención temprana es el que proporciona el CDIAT y se sustituye en el punto 1 .b) EOEP por CDIAT, ya que es el CDIAT el que tiene la competencia de revisar el servicio de atención temprana.

### Enmienda n.º 33

Enmienda de modificación.

Artículo 27. Procedimiento de extinción del SEDIAT. Apartados 1 y 3.

Donde dice:

Artículo 27. Procedimiento de extinción del **SEDIAT**.

1.- El órgano encargado de la instrucción y resolución de los procedimientos de extinción del **derecho al SEDIAT** será la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.

3. La extinción del **SEDIAT** requerirá informe de valoración del **EOEP** en los casos recogidos en los apartados a), d) e i) del artículo 16.

Debe decir:

Artículo 27. Procedimiento de extinción del **servicio de A.T.**

1.- El órgano encargado de la instrucción y resolución de los procedimientos de extinción del **servicio A.T.** será la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.

2.- ...

3. La extinción del **servicio de A.T.** requerirá informe de valoración del **CDIAT** en los casos recogidos en los apartados a), d) e i) del artículo 16.

Justificación:

En los puntos 1 y 3, el término SEDIAT se sustituye por "servicio de A.T." ya que el SEDIAT no es un término fundamentado ni reconocido en la bibliografía sobre AT. La A.T. se lleva a cabo mediante

un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

Y en el punto 3, también se sustituye el EOEP por CDIAT ya que es este último el centro competente para realizar informe de valoración sobre los casos a los que se refiere el artículo.

**ENMIENDAS PARCIALES PRESENTADAS POR EL G.P. MIXTO A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA, DE LOS G.P. CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA Y POPULAR.**

María Marín Martínez, diputada del Grupo Mixto en la Asamblea Regional de Murcia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 128 del vigente Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas parciales a la Proposición de ley 34, por la que se regula la intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia, formulada por los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular.

**Enmienda n.º 1**

Enmienda de supresión.

Artículo 1.

Se elimina el apartado b).

Justificación:

No ha de regularse únicamente el proceso de valoración de la necesidad de Atención Temprana (AT) sino el proceso completo (detección, derivación, valoración, intervención, seguimiento y revisión, baja y traslado).

**Enmienda n.º 2**

Enmienda de adición.

Artículo 1.

Se añaden dos nuevos puntos b) y c),

Justificación:

b) Es imprescindible nombrar en el objeto la población a la que va dirigida (población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias).

c) La regulación de los servicios de Atención Temprana (CDIAT) es objeto de esta ley.

**Enmienda n.º 3**

Enmienda de modificación.

Artículo 2.

Donde dice:

La atención temprana es el conjunto coordinado e integral de intervenciones de índole sanitaria, educativa y de servicios sociales, dirigido a la población infantil de entre cero y seis años, a su familia y a su entorno, que tiene por objeto dar respuesta, lo más inmediata posible, a las necesidades transitorias o permanentes de apoyo a aquellos menores que presentan situación de dependencia, discapacidad, limitaciones funcionales, alteraciones en su desarrollo o el riesgo de padecerlas.

Debe decir:

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Justificación:

La definición del Libro Blanco (LB) de la Atención Temprana (AT) en el año 2000 es la definición consensuada a nivel nacional por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT. Incluso asumida por entidades y autores internacionales. El LB ha sido traducido a varios idiomas para su utilización y estudio.

#### Enmienda n.º 4

Enmienda de modificación.

Artículo 3.

Donde dice:

1. Los destinatarios de los servicios de atención temprana son los menores de entre cero y seis años de edad y residentes en la Región de Murcia que presenten necesidades de atención temprana, así como la familia y su entorno en los términos establecidos en esta norma.

2. No obstante lo anterior, serán también destinatarios de los servicios de atención temprana los menores y sus familias hasta la finalización del curso escolar en el que cumpla los seis años.

3. Aquellos alumnos que estén recibiendo los servicios de atención temprana y que deban permanecer un curso más en Educación Infantil seguirán recibiendo los mencionados servicios de atención temprana.

Debe decir:

1. Son destinatarios de los servicios de Atención Temprana los niños menores de seis años, con trastornos y alteraciones en su desarrollo, o riesgo de padecerlos, residentes en la Región de Murcia, así como su familia y su entorno, en los términos previstos en esta ley. Excepcionalmente, se prolongará la intervención, si las circunstancias así lo requieren, siempre y cuando la continuidad del tratamiento en las mismas condiciones permita establecer un pronóstico de mayor recuperación sobre otras alternativas. Esta excepcionalidad será por un periodo máximo de un año.

2. Niños en situación de riesgo: toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, familiares o socioambientales.

Justificación:

Ajustándose este punto a la definición de A.T. en el Libro Blanco, se elimina 1 y 2 y se sustituye por 1: Los destinatarios son la población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación.

Se añade 2: la población de riesgo es potencial destinataria de los servicios de A.T. Puesto que la prevención es el objetivo primordial de la A.T.: prevención primaria (dirigido a toda la población infantil), prevención secundaria (población de riesgo biológico y/o socio ambiental) prevención terciaria (población con trastorno en el desarrollo).

Se elimina 3: los niños menores de 6 años con necesidades de recibir A.T. y no los alumnos. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación. El concepto de niño-niña es más amplio que el de alumno-a y que el de paciente. La A.T. va dirigido a la población infantil en su globalidad y no limitado a sus objetivos escolares (alumno-a).

Dejar que acaben las sesiones de atención temprana basta que termine un curso escolar no tiene ningún argumento científico, los motivos que lleven a que un niño esté un año más si fuera necesario si por la maduración cerebral no es exacta por lo que es necesario dar ese año de margen en algunos casos.

La atención temprana no son clases particulares, ni horas de entretenimiento para niños y ni para que los padres tengan horas libres. Cuando acuden a las sesiones de atención temprana es con un fin sanitario y no educativo ni de ocio.

### Enmienda n.º 5

Enmienda de adición.

Artículo 4.

Se añade el texto subrayado al punto 1:

1. La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad, o el riesgo de padecerla, si se diera esta circunstancia, así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Justificación:

Con la coherencia de argumento y el seguimiento del hilo conductor de la definición, es necesario complementar el punto 1 con "Eliminar los efectos del riesgo de padecer una alteración o discapacidad también es la finalidad de la A.T."

### Enmienda n.º 6

Enmienda de modificación.

Artículo 5.

Donde dice:

b) Universalidad: el acceso al servicio de todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.

c) Gratuidad: la cobertura del coste de los recursos por la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de modo que se facilite a todos los menores el acceso al servicio sin que las condiciones personales de índole económica afecten al derecho. Por lo tanto, en la Región de Murcia la atención temprana será gratuita para todos los menores que reúnan los requisitos establecidos.

Debe decir:

b) Universalidad

La Atención Temprana debe ser un servicio universal, del que no solo se benefician los niños con una discapacidad o que estén en situación de riesgo, sino también aquellos otros que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años.

Asimismo, deben ser objeto de programas de Atención Temprana las familias que, por diversas circunstancias, no estén en condiciones de proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y equilibrado.

c) Gratuidad

De todo lo anterior se desprende que, teniendo en cuenta los beneficios aportados y su bajo coste económico en comparación con intervenciones iniciadas en años posteriores, los niños y las familias que lo requieran deben tener acceso gratuito a los programas de Atención Temprana.

Justificación:

Partiendo del L.B. y de la práctica de los profesionales de la R.M. y del resto del Estado español,

en los términos expresados en este proyecto de ley no cabe la "Universalidad ni la Gratuidad": no hay "requisitos establecidos" para cumplir con ellas. La universalidad no coge en baremos cerrados a la discapacidad ni la gratuidad se consigue con una infradotación económica calculada para que la demanda actual, quede en cuello de botella y solo una pequeña proporción de dicha población consiga ese derecho.

#### **Enmienda n.º 7**

Enmienda de supresión.

Artículo 5.

Se suprime el texto subrayado:

e) Atención personalizada, integral y continua (...) Asimismo, tanto los tratamientos habilitadores y rehabilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor se planificarán teniendo en cuenta la situación específica de cada menor y de su familia, evitando intervenciones parciales o fragmentadas salvo que sean estas las intervenciones indicadas,

Justificación:

En Atención Temprana no existen intervenciones parciales o fragmentadas en ningún caso. Se trata de una intervención global e integral, teniendo en cuenta todos los ámbitos del niño, de la familia y del entorno, (diferencia sustancial con los objetivos de otras entidades complementarias a la A.T.).

#### **Enmienda n.º 8**

Enmienda de modificación.

Artículo 5.

Donde dice:

i) Proximidad y sectorización: los recursos para la intervención integral en atención temprana deben estar próximos a la zona de referencia del entorno familiar, ser accesibles y organizarse en función de una red pública de centros que atiendan las necesidades de los menores y sus familias.

Debe decir:

Los recursos para la intervención integral en atención temprana deben ser ofrecidos en el municipio donde el menor resida, y ser plenamente accesibles. Excepcionalmente, cuando las circunstancias puntuales del servicio en un municipio determinado o las propias necesidades del niño o niña lo requieran por las características de su valoración y el Programa Individual de Atención así lo establezca, podrá, a través de la Red Pública de Centros, organizarse las condiciones que permitan al menor ser atendido en el municipio más cercano al de residencia.

Justificación:

La no existencia de los recursos para la intervención integral en A.T. en el mismo municipio donde el menor resida debe ser excepcional.

#### **Enmienda n.º 9**

Enmienda de supresión.

Artículo 5.

Se suprime el apartado 1) Educación inclusiva.

Justificación:

La extensa normativa sobre educación recoge este y otros principios rectores fundamentales de la educación. Carece de sentido nombrar aquí, en una normativa sobre A.T., uno de los principios

rectores de la educación.

### Enmienda n.º 10

Enmienda de adición.

Artículo 5.

Se añade el texto subrayado al apartado m).

m) Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan algún trastorno en el desarrollo o alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Justificación:

La A.T. no previene solo la discapacidad, sino que también las alteraciones del desarrollo.

### Enmienda n.º 11

Enmienda de adición.

Artículo 5.

Se añaden dos nuevos apartados:

ñ) Inmediatez de la intervención. El sistema de prestación de la Atención Temprana en la Región de Murcia garantizará la inmediatez de la intervención, eliminando trámites administrativos y paliando de esa forma las consecuencias que el retraso en la intervención puede tener para el futuro desarrollo del niño.

o) Integral, circular, reflexiva y autónoma, de manera que sea el mismo equipo el que realice todo el circuito asistencial y los procesos nucleares de valoración, intervención y evaluación con autonomía respecto de los diferentes departamentos administrativos de salud, educación o servicios sociales.

Justificación:

ñ) El término "temprana" no es gratuito, contiene una cualidad que distingue la A.T. de cualquier otra intervención. El sentido de atender "inmediatamente" a un niño y a su familia, una vez detectada una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla, es debido a que previene efectos secundarios irreparables tanto en el niño como en el bienestar emocional de la familia: plasticidad cerebral, hitos del desarrollo, emociones como la ansiedad, depresión, incertidumbre y afectivos tales como el apego y los vínculos familiares, entre otros no menos importantes. La inmediatez en la intervención es un principio rector imprescindible para que la Atención Temprana sea Atención Temprana y no otra "cosa".

o) La autonomía de los procesos internos de la A.T. respecto a los sectores de salud, educación y servicios sociales es una premisa imprescindible que asegura que la familia y el niño con necesidad de A.T. reciba dentro del CDIAT el proceso íntegro, garantizando así el máximo nivel de coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

### Enmienda n.º 12

Enmienda de modificación.

Artículo 6.1.

Donde dice:

b) Prevención secundaria: tiene por objeto la detección de posibles alteraciones y situaciones de riesgo biológico y social en el desarrollo infantil, la evaluación de los mismos, así como las

derivaciones de los menores entre sistemas, con el fin de evitar o reducir las consecuencias que de ello puedan derivarse.

Debe decir:

b) Prevención secundaria: tiene por objeto la detección precoz de posibles alteraciones y situaciones de riesgo en relación con tres principales factores: biológico, familiar y ambiental.

- Entre los factores biológicos podemos considerar: antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia; administración de sustancias tóxicas, que pueden afectar al feto en el embarazo; cromosomopatías y síndromes dismórficos; neurometabolopatías; malformaciones del sistema nervioso central; recién nacido con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional; recién nacido con peso inferior a 1500 gramos; edad gestacional inferior a 32 semanas; pérdida de bienestar fetal; convulsiones neonatales; infecciones posnatales del sistema nervioso central; traumatismo craneoencefálico; hidrocefalia adquirida; daño cerebral observado por neuroimagen; otitis media crónica o recidivante.

- Los factores familiares de riesgo tienen que ver con: a) las características de los padres (edad de los padres inferior a 20 años o superior a 40 años; padres drogodependientes; padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o discapacidad intelectual; antecedentes de declaración de situaciones de desamparo con asunción de tutela por la entidad pública o, en su caso, pérdida de la guarda o custodia de los hijos o las hijas; b) las características de la familia (ambientes familiares gravemente alterados; antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico; familias excluidas socialmente); c) situaciones de estrés durante el embarazo (participación en programas de reproducción asistida; ruptura familiar y situaciones críticas; embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación); embarazos múltiples; información de malformaciones o lesiones en el feto probables o confirmadas); d) situaciones de estrés en el período neonatal (parto múltiple; diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática; hospitalización); e) diversos sucesos acaecidos en el periodo posnatal (niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes; situaciones de maltrato físico o psicológico; diagnóstico posnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática; ruptura familiar y situaciones críticas).

- Los factores ambientales de riesgo están relacionados con situaciones como: a) exposición a entornos ambientales con factores de estrés (exposición frecuente a deficiente estimulación; deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y faltas de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado; institucionalización); b) exposición a entornos sociales con factores de estrés (dificultades del entorno para administrar/proveer los cuidados y la estimulación adecuados; exposición a prácticas y situaciones inadecuadas); c) exposición a factores de exclusión social de la familia (condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar, y en relación a otros entornos sociales; familia con dificultades de acceso a los recursos sociales).

Justificación:

La prevención secundaria no solo abarca los factores de riesgo biológico y social sino a situaciones de riesgo en relación con factores de riesgo biológico, familiar y ambiental.

### Enmienda n.º 13

Enmienda de adición.

Artículo 6.3.

Se adiciona el texto subrayado al apartado a).

a) Prevención de situaciones de riesgo biológico, psicológico y/o social.

Justificación:

La prevención de situaciones de riesgo han de incluir el riesgo psicológico. Valga como ejemplo la



influencia en el desarrollo infantil la enfermedad mental de los padres, los problemas económicos y laborales parentales afectando a la alimentación (obesidad infantil) entre otros, los efectos del confinamiento y la exposición a pantallas.

#### **Enmienda n.º 14**

Enmienda de adición.

Artículo 6.

Se adiciona un nuevo punto 4.

4. El Modelo de Atención Temprana se basa en las siguientes premisas:

a) El modelo de Atención Temprana de la Región de Murcia será un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos de responsabilidad pública que, desde la administración competente, permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral dirigida a las personas menores de edad, sus familias y entorno.

b) Esta red estará destinada a satisfacer los derechos y necesidades de los niños menores de 6 años, con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos, y sus familias, que procure una atención de calidad y excelencia a esta población.

c) La implementación de la prestación de Atención Temprana requiere una red sectorizada de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), la cual irá asociada a las distintas áreas sanitarias existentes en la Región.

Justificación:

Las premisas del modelo de Atención Temprana propuesto por esta ley han de quedar reflejadas, los profesionales a lo largo de estos cerca de cuarenta años de experiencia han podido reflexionar sobre los puntos fuertes y los débiles de la praxis profesional en los distintos procesos de atención a la infancia y a sus familias tomando varios modelos teóricos como base para concluir cuál es el modelo de A.T. que todas las familias murcianas esperan.

#### **Enmienda n.º 15**

Enmienda de supresión.

Artículo 7.

Se suprime el punto 3.

Justificación:

La coordinación en A.T. no ha de basarse en protocolos de coordinación de actuaciones interdepartamentales por la alta o baja incidencia en A.T. de determinadas discapacidades.

#### **Enmienda n.º 16**

Enmienda de adición.

Artículo 8.1.

Se adiciona el texto subrayado

b) La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana a partir del informe sanitario de necesidad remitido por el pediatra, de manera inmediata a la detección de dicha necesidad y, en su caso, de manera paralela al comienzo de la intervención en el CDIAT para priorizar la inmediatez de esta.

Justificación:

Importancia fundamental de la inmediatez en la atención.

### Enmienda n.º 17

Enmienda de supresión

Artículo 8.1.

Se elimina el siguiente texto:

d) La elaboración del Plan Regional Integral de Atención Temprana se realizará siguiendo las previsiones establecidas por el Anexo U del Acuerdo de la Comisión Interterritorial del SAAD para el Plan de Atención Integral a Menores de Tres años, que deberá incluir los siguientes elementos:

1. Desarrollo de un marco normativo básico.
2. Información y sensibilización de la sociedad.
3. Prevención.
4. Coordinación.
5. Participación y apoyo familiar.
6. Prestaciones y servicios.
7. Calidad.
8. Formación.
- 9, Investigación e innovación.

Justificación:

Se elimina la referencia al SAAD ya que el Plan Regional estará basado en las previsiones establecidas para la Atención Temprana. Estas actuaciones son alternativas y no imprescindibles para actuar en A.T.

### Enmienda n.º 18

Enmienda de adición.

Artículo 8.3.

Se adiciona el texto idéntico subrayado en ambos apartados:

b) En los casos que exista discapacidad, valoración de la misma por los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad. Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil v atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.

3.c). Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, de conformidad con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.

Justificación:

Es la garantía de la independencia, a efectos de inicio de la intervención, de la valoración de discapacidad y del reconocimiento de la situación de dependencia.

### Enmienda n.º 19

Enmienda de modificación.

Artículo 11.

Donde dice:

Los recursos para el desarrollo de la intervención en atención temprana en la Región de Murcia son:

- a) Los centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.

- b) Los centros educativos de infantil y primaria.
  - c) Los equipos de atención primaria y especializada de la consejería competente en materia de sanidad.
  - d) Los Servicios Sociales Especializados.
  - e) Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana, específicos y de sector (en adelante EOEP).
  - f) La dirección general competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad.
  - g) Los CDIAT, genéricos y específicos.
- Debe decir:
- a) Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. (CDIAT). Servicios Sociales especializados.
  - b) Los equipos de atención primaria y especializada de la Consejería competente en materia de sanidad.
  - c) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente.
  - d) Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica de atención temprana, específicos y de sector (en adelante EOEP).
  - e) Los Centros de Educación de Infantil y Primaria y demás recursos educativos de atención a la infancia (guarderías municipales, escuelas infantiles de la CARM, Puntos de Atención a la Infancia, Centros de Atención a la Infancia).
  - f) Los Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Justificación:
- Se cambia el orden de enumeración por orden de prioridad y se pone en primer lugar a los CDIAT, para ser coherentes con el resto de enmiendas realizadas.
- c) se hace necesaria la creación de un órgano específico de gestión de la A.T.
  - e) es necesario hacer referencia a otros recursos educativos de atención a la infancia.

### Enmienda n.º 20

Enmienda de supresión.

Artículo 12.

Se suprime este artículo íntegramente.

Justificación:

Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes.

Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error. Documentos de referencia elaborados por el GAT (Federación de asociaciones de profesionales del A.T.) lo exponen y argumentan claramente: los equipos de valoración y de intervención deben ser los mismos, no debe,

por coherencia y eficiencia, existir dos equipos distintos. (Recomendaciones Técnicas, 2005).

### Enmienda n.º 21

Enmienda de supresión.

Artículo 13.1.

Se suprime el texto subrayado:

1. Los CDIAT son centros de titularidad pública o privada incluidos en la red de centros sostenidos con fondos públicos. Dentro de los CDIAT se podrán distinguir:

a) CDIAT genéricos: aquellos centros que atienden a cualquier menor que presente necesidades de atención temprana.

b) CDIAT específicos: aquellos centros especializados en una discapacidad, clínica y concretamente diagnosticada, que atienden a aquella población infantil afectada por la misma.

Justificación:

Se elimina la referencia a los centros privados, ya que no cabe en la gestión pública de la AT, puesto que los fines con ánimo de lucro conllevan factores de riesgo para la buena praxis profesional. Los servicios privados son una muy buena opción para poder elegir, pero el derecho como servicio público debe existir para todas las familias.

Se elimina también la distinción entre centros genéricos o específicos. Cualquier CDIAT de gestión pública es genérico. Cualquier centro específico se denomina centro especializado en discapacidad.

### Enmienda n.º 22

Enmienda de adición.

Artículo 13.

Se adiciona el texto subrayado:

2.- Los CDIAT se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la intervención de servicios sociales especializados de atención temprana del menor, su familia y su entorno, en colaboración y coordinación con los recursos de los demás sistemas implicados, de acuerdo con el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT) elaborado por el centro, según el Informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana, realizado previamente por el mismo CDIAT, y constituyen el núcleo de acciones previstas en el artículo 14 de la presente proposición de ley, en relación con el niño, la familia, el entorno y la calidad del programa.

Justificación:

La elaboración del informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana corresponde al CDIAT.

### Enmienda n.º 23

Enmienda de supresión.

Artículo 13.4.

Se suprime el texto subrayado:

Cada CDIAT estará adscrito a un área territorial concreta, determinada por la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana, y desarrollará diversas actuaciones según el principio de proximidad geográfica que serán llevadas a cabo por el equipo del centro en coordinación con los recursos comunitarios de la zona de influencia. No obstante lo anterior, los CDIAT específicos podrán atender menores que tengan discapacidad en la que el centro está especializado y que residan en una localidad incluida en el área territorial del centro. Para ello se informará a la familia sobre las

posibilidades de tratamiento para que pueda decidir la alternativa que le parezca más adecuada.

Justificación:

La proximidad geográfica al CDIAT es una condición necesaria para que la atención al niño, familia y entorno pueda tener suficiente validez. No es posible la intervención en un entorno que conlleva grandes desplazamientos y carencia de conocimiento de los distintos entornos (educativos, sanitarios y sociales).

#### Enmienda n.º 24

Enmienda de adición.

Artículo 13.4

Se adiciona el texto subrayado:

b) Prevención y detección de los casos. Los CDIAT colaborarán y serán a su vez impulsores de programas comunitarios dentro del ámbito preventivo y de detección precoz de la población de los menores con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo, todo ello en coordinación con el pediatra de referencia y los EOEP.

Justificación:

Incluir la figura del pediatra en la prevención y detección de casos ya que es el especialista que sigue el desarrollo del niño en todo caso.

#### Enmienda n.º 25

Enmienda de modificación.

Artículo 14.

Donde dice:

1. La modalidad principal de intervención desde los servicios sociales especializados en atención temprana se realizará a través del Servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (SEDIAT), el cual será prestado por los CDIAT y que incluirá, como mínimo, los siguientes tratamientos e intervenciones que no estén siendo prestados por los otros sistemas o que, siendo prestados, requieran un refuerzo adicional que el sistema prestador principal no puede aportar:

- a) Apoyo psicopedagógico.
- b) Atención psicológica.
- c) Rehabilitación auditiva.
- d) Logopedia.
- e) Fisioterapia,
- f) Estimulación multisensorial.
- g) Orientación y apoyo a familias.
- h) Estimulación global.
- i) Psicomotricidad.

j) Cuantos otros tratamientos o intervenciones que, en función de las nuevas necesidades específicas detectadas, determine la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana, debiendo, en este caso, completarse o modificarse por dicha Comisión el baremo recogido en el anexo de la presente proposición de ley.

2. Todos estos tratamientos e intervenciones se prestarán en los locales propios de los centros prestadores de servicios, así como en el domicilio familiar o en otros entornos naturales del menor cuando sea procedente, debiendo, en este último caso, realizarse de una forma coordinada.

3. La intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme al baremo que se incluye

como anexo en la presente proposición de ley.

Las intervenciones con los menores y sus familias podrán realizarse en sesiones individuales o grupales.

Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo, ya sean grupales o individuales, deberán recogerse en el PIAT.

4. Cuando los destinatarios del SEDIAT sean menores dependientes, o que hayan solicitado el reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se deberá tener en cuenta lo dispuesto por la normativa reguladora de dicho sistema.

5. La intervención de servicios sociales especializados de atención temprana será compatible con las intervenciones desde los sistemas de salud y educación, siempre que se ajuste a los protocolos de coordinación existentes entre los tres sistemas y que exista una complementariedad entre la intervención recibida por el menor y su familia, sin que pueda producirse en ningún caso una duplicidad de servicios. Dicha complementariedad será considerada y valorada por los técnicos de los EOEP y recogida en el informe de valoración del menor.

Para la compatibilidad de la intervención de servicios sociales especializados de atención temprana con el resto de servicios y prestaciones del sistema de servicios sociales y de la dependencia se estará a lo que en cada momento disponga la normativa regional o nacional.

Debe decir:

1. Composición de los CDIAT.

a) Los equipos de los CDIAT serán de composición multiprofesional y funcionamiento interdisciplinar, y estarán constituidos por especialistas en Atención Temprana. Estos equipos se conformarán con el número suficiente y adecuado de profesionales que facilite el trabajo interdisciplinario y cubra las necesidades evolutivas globales biopsicosociales del niño y de su familia (mínimo tres profesionales cubriendo el ámbito biopsicosocial).

b) La formación de los profesionales además de la titulación propia deberá ser específica en Atención Temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de postgrado-Máster específico. O bien justificando, al menos, 5 años de experiencia laboral en Atención Temprana.

2. Actuaciones principales desde los CDIAT.

a) Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana: Prevención Primaria: evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil; Prevención Secundaria: detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo; Prevención Terciaria: actividades dirigidas hacia el menor y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

b) El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituye el núcleo de distribución de las siguientes acciones básicas:

- Acciones con relación al niño:

- Valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar en relación con el desarrollo infantil de la población alcance.

- Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social, que podrán realizarse a nivel ambulatorio en el CDIAT, a nivel domiciliario o en otros ámbitos, en función de las necesidades y de los intereses del niño y su familia. (Por sus objetivos, duración y carácter integrado con aspectos psicosociales y personales se aconseja diferenciar estas prestaciones de las de rehabilitación hospitalaria -déficits recuperables de la Ley de Cohesión- o de reeducación especializada -audición y lenguaje, desarrollo fonológico, etc.- propias del ámbito escolar).

- Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas (incluyendo el aprendizaje de lenguajes alternativos y/o aumentativos y de la lengua de signos) orientadas a la comunicación social, así como las necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida

diaria (se excluyen las prestaciones del catálogo ortoprotésico de los servicios sanitarios).

- Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas.

- Acciones con relación a la familia:

- Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones.

- Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.

- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.

- Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.

- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

- Acciones con relación al entorno:

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.

- Información de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.

- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.

- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.

- Apoyo, asesoramiento y participación con los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.

- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.

- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

Justificación:

Eliminación del punto 1, porque la intervención desde los CDIAT no incluye el listado de tratamientos expuestos como por ejemplo "Apoyo Psicopedagógico" que es una intervención exclusivamente educativa, o por ejemplo la "Rehabilitación auditiva" que es una intervención sanitaria.

Eliminación del punto 3 porque es imposible basar la AT en asignar un número de sesiones de tratamiento conforme a un baremo de discapacidad de un niño, sin atender a las necesidades de la familia y del entorno. Todos no son iguales, somos diferentes.

Eliminación de los puntos 4 y 5, ya que otros sistemas (educación o sanidad) no prestan los mismos tratamientos o intervenciones que los prestados por Atención Temprana y por esto nunca unos sustituirán a otros.

La amplia bibliografía sobre A.T. incluye aspectos que se incluyen en este apartado como son la composición de los CDIAT y actuaciones principales desde los CDIAT.

### **Enmienda n.º 26**

Enmienda de modificación.

Artículo 15.

Donde dice:

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del SEDIAT.

1. La familia o representantes del menor, como usuarios del SEDIAT, tienen derecho a:

Debe decir:

Artículo 15. Derechos y obligaciones de los usuarios del CDIAT.

1. La familia o representantes del menor, como usuarios del CDIAT, tienen derecho a:

Justificación:

La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT no se entiende el SEDIAT.

### Enmienda n.º 27

Enmienda de modificación.

Artículo 16.

Donde dice:

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al SEDIAT.

1. El derecho al SEDIAT se extingue por alguna de las siguientes causas:

a) Cumplimiento del plazo de intervención señalado en el Informe de valoración emitido por el EOEP.

(...)

2. En aquellos supuestos en que pudiera existir dejación de funciones o una actitud del padre, madre o representante legal del menor que pudiese repercutir en una desprotección del mismo, se actuará de conformidad con lo establecido en la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, no perdiendo el menor el derecho a la incorporación al SEDIAT.

Debe decir:

Artículo 16. Causas de extinción del derecho al CDIAT.

1. El derecho al CDIAT se extingue por alguna de las siguientes causas:

a) Cumplimiento del plazo de intervención señalado en el Informe de valoración emitido por el CDIAT.

(...)

2. En aquellos supuestos en que pudiera existir dejación de funciones o una actitud del padre, madre o representante legal del menor que pudiese repercutir en una desprotección del mismo, se actuará de conformidad con lo establecido en los artículos 17 y 18 la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, no perdiendo el menor el derecho a la incorporación al CDIAT.

Justificación:

En el título y en el punto 1 se sustituye SEDIAT por CDIAT por las razones ya indicadas. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

En el punto 2 se sustituye Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, por la actual ley en vigor.

### Enmienda n.º 28

Enmienda de modificación.

Artículo 17.

Donde dice:



i) Cuatro representantes de los CDIAT concertados de titularidad pública, designados por la Federación de Municipios de la Región de Murcia.

Debe decir:

i) Cinco representantes de los CDIAT concertados de titularidad pública.

Justificación:

Cinco en lugar de cuatro pues el número de personas que representan a las familias de centros privados son 5. Dos representantes de centros CDIAT privados, 2 representantes de CERMI que también sus asociaciones tienen centros privados y un representante de federación de empresarios que también representa a los centros privados.

### **Enmienda n.º 29**

Enmienda de supresión.

Artículo 18.

Se eliminan los apartados d) y e).

Justificación:

Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes.

Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T., pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

### **Enmienda n.º 30**

Enmienda de modificación.

Artículo 19.

Donde dice:

1. Procedimiento ordinario:

a) El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor por cualquiera de los medios previstos en el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sociales, sanitarios o educativos.

b) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana y del derecho al SEDIAT.

2. Medidas provisionales de intervención en atención temprana:

Las familias, la dirección de los CDIAT o los profesionales de derivación podrán dirigirse a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad para que se inicie provisionalmente la intervención por motivos educativos, sanitarios o sociales, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 56 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

Administrativo Común de las Administraciones Públicas, hasta tanto en cuanto no se resuelva el procedimiento establecido

Debe decir:

El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sanitarios.

La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente, será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

Una vez detectada la necesidad de atención temprana, derivado el niño o niña a través del CDIAT al recurso de intervención más adecuado, se iniciará el procedimiento ordinario de tramitación del expediente recogido en el artículo 8, en los términos que se expresen a continuación. Dicha tramitación no puede suponer, en ningún caso, el retraso en el inicio de la intervención o la paralización de la misma si ya hubiere comenzado, salvo lo que reglamentariamente se establezca.

#### 1. Procesos de intervención:

El sistema sanitario, educativo y los servicios sociales que están directamente implicados en la atención a las personas menores de seis años, deberán establecer mecanismos de coordinación eficaces para optimizar los recursos, y evitar fragmentaciones, así como garantizar la continuidad de los procesos de intervención.

a) Detección y derivación al CDIAT: En el caso de sospecha de necesidades relacionadas con el desarrollo, o de situación de vulnerabilidad que pueda afectar negativamente al proceso evolutivo del niño o niña, los profesionales de los sistemas de protección, sanitario, social y educativo incluido el propio CDIAT deberán canalizar las situaciones detectadas, mediante un "Informe de Derivación", al pediatra que atiende al niño dentro del área sanitaria correspondiente. Las familias ante cualquier sospecha también podrán solicitar asistencia acudiendo al Pediatra, el cual determinará si se cumplen los criterios para realizar la derivación al CDIAT.

Una vez el pediatra considera adecuada la derivación, se inicia el denominado Expediente Único, cuya finalidad es centralizar la valoración, diagnóstico e información de todos los recursos materiales y humanos implicados para conseguir una atención conjunta eficaz y de calidad. Para ello se proporcionará a Pediatras y CDIAT el soporte informático que facilite la gestión de casos y expedientes, la elaboración de informes y memorias y la realización de estudios e investigaciones. El Pediatra, por tanto, realiza la derivación al CDIAT para que se inicie la acogida del niño y su familia. En dicha derivación se tendrá en cuenta la proximidad del CDIAT al entorno del niño, pudiendo no obstante la familia solicitar un centro alternativo en base a sus preferencias. Siempre se procurará ofrecer los centros más cercanos a la residencia/vivienda del niño y su familia.

b) Fase de acogida del CDIAT: En el plazo máximo de 5 días hábiles el CDIAT iniciará el proceso de valoración de necesidad, y ofrecerá a las familias el apoyo y asesoramiento necesario en cada caso.

c) Fase de valoración: El equipo del CDIAT llevará a cabo la valoración inicial del menor, su familia y entorno, elaborando las hipótesis iniciales sobre la situación y necesidades evolutivas del niño, competencias familiares y factores contextuales que puedan influir en el desarrollo personal y en su inclusión social. Para ello se utilizarán herramientas diagnósticas consensuadas por los profesionales. En esta fase se realiza la resolución de necesidad que será incluida en el expediente único.

La valoración inicial tendrá lugar en los contextos naturales donde se desenvuelve el niño/a, o bien en los propios de los CDIAT.

El equipo interdisciplinar del CDIAT, mediante una reunión metodológica interdisciplinar, realizará una puesta en común sobre la evaluación de las necesidades del menor y su familia, y mediante la

emisión de un "Informe Inicial" determinará la necesidad de intervención. Este Informe inicial quedaría recogido con el formato de Documento acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa a todos los efectos.

En el caso de centros de titularidad pública, este documento será acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa inmediata.

En el caso de centros de titularidad privada, la administración a través del correspondiente convenio o concierto de colaboración con dicho centro establecerá los mecanismos oportunos para la validación del informe inicial, sin alterar la continuidad del proceso de acogida. Estos mecanismos se realizarán a través de la Dirección General correspondiente del IMAS, en un plazo máximo de 30 días desde la entrada de solicitud en este organismo, sin suponer demora en los restantes plazos establecidos en el proceso de intervención del CDIAT.

Este informe será incluido en el Expediente Único con resolución de necesidades e incluirá si fuera necesario, solicitud al pediatra de derivación a otros servicios clínicos especializados.

Si el niño/a y su familia necesitaran intervención, el equipo iniciará el proceso de elaboración del Plan de Intervención en Atención Temprana (PIAT) de manera inmediata, a partir del diagnóstico funcional, contemplando los objetivos consensuados con la familia y la intensidad (UMAT) de la intervención.

d) Fase de intervención: En esta fase se produce la ejecución del PIAT mediante el conjunto de recursos y medios específicos que se dirijan a los niños/as, a sus familias y a su entorno, para la consecución de los objetivos acordados.

e) Fase de evaluación: El PIAT será actualizado periódicamente para determinar la evolución, o consecución de los objetivos, así como para ampliar/disminuir, o cambiar dicho plan de intervención. Anualmente el CDIAT realizará un "Informe de valoración" de cada caso y elaborará una memoria de la actividad realizada por el centro.

d) Fase de cese: Tras la verificación de causa de finalización expuesta en el artículo 21, los profesionales prepararán la transición a otros recursos, elaborarán los informes que acrediten la finalización del proceso y gestionarán los trámites exigidos que imponga la norma.

2. Por todo lo expuesto en este artículo se diferencia dos tipos de actividad dentro del CDIAT:

a) Actividad directa, acciones profesionales llevadas a cabo directamente sobre el niño y/o la familia como la acogida, las valoraciones, el diagnóstico interdisciplinar, la atención terapéutica, las entrevistas familiares, la evaluación, el cese o derivación...etc.

b) Actividad indirecta, son las restantes actividades que realiza el equipo del CDIAT, incluidas las de incidencia preventiva y comunitaria, además de las actividades de apoyo a la atención directa y la gestión integral del Centro, tales como valoración e interpretación de pruebas, documentación del caso, interconsulta, coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia, coordinación interna, gestión y administración, formación continuada, docencia e investigación, evaluación y planificación estratégica, mantenimiento del CDIAT, etc.

Justificación:

No hay medidas provisionales de intervención ya que todos los casos detectados iniciarán el procedimiento administrativo después de su llegada al CDIAT.

Se sustituye el texto por los procesos de intervención redactados y que tienen su fundamento en la amplia bibliografía de consenso sobre la A.T. El acceso directo desde el pediatra al CDIAT es imprescindible para que el procedimiento respete uno de los pilares básicos de la A.T.: la inmediatez.

### **Enmienda n.º 31**

Enmienda de modificación.

Artículo 20.

Donde dice:

EOEP y SEDIAT

Debe decir:

CDIAT

Justificación:

Por las razones ya expuestas en otras enmiendas anteriores.

### Enmienda n.º 32

Enmienda de supresión.

Artículo 20.

Se suprime el texto:

"con base en el baremo recogido en el anexo de la presente Proposición de ley".

Justificación:

Se elimina la referencia a un baremo obsoleto y no consensuado que solo contempla discapacidad, dejando fuera los factores de riesgo.

### Enmienda n.º 33

Enmienda de supresión.

Artículo 21.

Donde dice:

1. El EOEP que corresponda en cada zona realizará la valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de servicios especializados de atención temprana y del derecho al SEDIAT mediante el estudio y diagnóstico de las necesidades que puedan derivar en dificultades en el desarrollo del menor. Para ello, el órgano instructor remitirá la solicitud y toda la documentación presentada al EOEP correspondiente.

2. Si la documentación aportada no resulta suficiente para valorar la necesidad de atención temprana, el EOEP podrá requerir a los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales cualquier información complementaria que considere oportuna.

3. Tras el estudio y el diagnóstico de la situación, e independientemente de las calificaciones de dependencia y discapacidad, el EOEP emitirá el correspondiente informe de valoración técnica en el que se hará constar, como mínimo:

a) Los datos personales del menor.

b) Los resultados de la valoración por áreas de desarrollo.

c) El diagnóstico de la situación del menor.

d) Apoyos especializados que recibe, en el caso de menores escolarizados en el segundo ciclo de Educación Infantil.

e) Valoración sobre la existencia de necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del SEDIAT.

f) La prescripción de las sesiones necesarias y el seguimiento sobre el desarrollo de la intervención.

g) La duración prevista de la intervención y la fecha de revisión.

4. No obstante lo regulado en los párrafos precedentes, cuando se presente, junto con la solicitud, informe de valoración complementario realizado por el equipo profesional de un CDIAT de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 20.2 de la presente proposición de ley, el EOEP que vaya a realizar la evaluación de la necesidad de atención temprana deberá tenerlo en consideración a la hora de realizar la prescripción de la intervención que el menor precise, al igual que el resto de informes, documentos y alegaciones que se recojan en el expediente administrativo.

5. En el plazo de 30 días desde que se inició el procedimiento, el EOEP deberá redactar la

valoración técnica a que se refiere el artículo 12.3. a) de la presente proposición de ley y remitirla al órgano instructor.

Debe decir:

1. El CDIAT que corresponda en cada zona realizará la valoración técnica al objeto de determinar la necesidad de servicios especializados de atención temprana mediante el estudio y diagnóstico de las necesidades que puedan derivar en dificultades en el desarrollo del menor. Una vez iniciada la acogida en el CDIAT, el órgano instructor remitirá la solicitud y toda la documentación presentada al CDIAT correspondiente.

2. Si la documentación aportada no resulta suficiente para valorar la necesidad de atención temprana, el CDIAT podrá requerir a los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales cualquier información complementaria que considere oportuna.

3. Tras el estudio y el diagnóstico de la situación, e independientemente de las calificaciones de dependencia y discapacidad, el CDIAT emitirá el correspondiente informe de valoración técnica en el que se hará constar, como mínimo:

a) Los datos personales del menor.

b) Los resultados de la valoración por áreas de desarrollo.

c) El diagnóstico de la situación del menor.

d) Apoyos especializados que recibe, en el caso de menores escolarizados en el segundo ciclo de educación infantil.

e) Valoración sobre la existencia de necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del CDIAT.

f) La prescripción provisional de las sesiones necesarias y el seguimiento sobre el desarrollo de la intervención.

g) La duración prevista de la intervención y la fecha de revisión

4. En el plazo de 30 días desde que se inició el procedimiento, el órgano correspondiente de la consejería competente en materia de atención temprana deberá redactar la valoración técnica a que se refiere el artículo 12.3. a) de la presente proposición de ley y remitirla al órgano instructor.

Justificación:

Se sustituye en el punto 1, 2 y 3 EOEP y SEDIAT por CDIAT por las razones indicadas en otras enmiendas. Se añade en el punto 1: "Una vez iniciada la valoración en el CDIAT", ya que el órgano instructor iniciará el trámite tras la fase derivación y paralelamente a las fases de acogida y valoración en el CDIAT.

Se añade al punto 3.f): "provisional" ya que la prescripción de las sesiones necesarias estará siempre sujeta a la natural variabilidad, evolución y cambios en las necesidades de desarrollo que se producen tanto en el niño coma como la familia y el entorno.

### Enmienda n.º 34

Enmienda de modificación.

Artículo 22.

Donde dice:

Artículo 22. Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

1. Conforme al informe de valoración técnica remitido por el EOEP, y en el plazo de 10 días, el órgano instructor, mediante resolución, asignará la intensidad y el conjunto de recursos más adecuados a las necesidades del menor y su familia de entre los seleccionados por los solicitantes, debiendo tenerse en cuenta como criterio prioritario la elección realizada por los mismos.

En el caso de que la resolución se separará de la valoración realizada por el EOEP, esta deberá estar motivada.

2. Transcurrida la suma de ambos plazos, sin dictarse y notificarse resolución alguna, el

interesado podrá entender desestimada su solicitud por silencio administrativo de conformidad con el artículo 3 de la Ley 1/2002, de 20 de marzo, de Adecuación de los Procedimientos de la Administración Regional de Murcia a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en aplicación de la Disposición adicional primera de la Ley 3/2003, de 10 de abril.

3. Esta resolución no pondrá fin a la vía administrativa, pudiendo interponerse contra la misma un recurso de alzada ante la Presidencia del Instituto Murciano de Acción Social, de conformidad con el artículo 5 del Decreto 305/2006, de 22 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Murciano de Acción Social, en relación con los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de su notificación.

Debe decir:

Artículo 22. Procedimiento y requisitos de acceso

1. Los CDIAT realizarán completo el circuito asistencial, desde la solicitud de atención hasta el cese. El acceso a la intervención en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana no estará condicionado a la certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

2. Tendrán acceso directo al CDIAT:

a) Las familias empadronadas en un municipio de la Región de Murcia al tiempo de presentar su solicitud y mantenerlo durante todo el tiempo que reciba el servicio.

b) Los niños con una edad inferior a los 6 años que tengan una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla.

3. No recibir servicio para el mismo objeto por parte de otra entidad perteneciente a la Red pública de CDIAT.

Justificación:

Se elimina todo el contenido del artículo original al tratar sobre el reconocimiento de necesidad de valoración de necesidad de AT por lo EOEP.

Se añaden los puntos 1,2 y 3 en los que se define la autonomía de los CDIAT y del inicio del proceso de AT independientemente de la certificación de discapacidad o dependencia. Se define la necesidad de estar empadronado en un municipio de la Región de Murcia y tener una edad inferior a 6 años; así como no recibir intervención en otro centro de desarrollo infantil y atención temprana de la red pública.

### Enmienda n.º 35

Enmienda de supresión.

Artículo 23.

Se suprimen los puntos 1 y 3 y el texto subrayado en el punto 2:

Una vez que se produzca la incorporación del menor, se realizará la acogida y valoración de éste y su familia en el CDIAT, se realizará por el equipo técnico del centro una propuesta de intervención interdisciplinar elaborando el PIAT que contemple la intervención en los diferentes contextos donde se desenvuelve el menor, teniendo en cuenta para ello lo establecido en el informe de valoración del EOEP. Este PIAT contendrá como mínimo:

a) Datos del menor.

b) El diagnóstico de la situación de necesidad de servicios especializados de atención temprana, según informe de valoración técnica del EOEP.

c) Objetivos de la intervención.

d) Intervención que recibirá y las características de esta (número de sesiones, temporalización, agrupamientos, profesionales que intervienen, etc.), teniendo en cuenta lo establecido en el informe

de valoración del EOEP.

Este PIAT deberá ser remitido a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS, a través del sistema informático de atención temprana integral, en el plazo de un mes.

Justificación:

Se elimina el punto 1, ya que no es necesario un plazo para la incorporación del menor al servicio ya que el proceso se inicia cuando el menor ya ha sido detectado y derivado al CDIAT.

Se elimina el punto 3, pues el PIAT se revisará en cada caso con la periodicidad que los profesionales que atienden al niño, familia y al entorno estimen necesario; y al menos; una vez al año.

### **Enmienda n.º 36**

Enmienda de modificación.

Artículo 25.

Donde dice: EOEP

Debe decir: CDIAT

Justificación: es el CDIAT el que llevará a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención, así como el resto de procesos de los que consta el procedimiento de intervención en atención temprana.

### **Enmienda n.º 37**

Enmienda de modificación.

Artículo 26.

Donde dice: SEDIAT y EOEP

Debe decir: CDIAT

Justificación:

Por las mismas razones indicadas en enmiendas anteriores

### **Enmienda n.º 38**

Enmienda de modificación.

Artículo 27.

Donde dice: SEDIAT y derecho al SEDIAT.

Debe decir: servicio de A.T.

Donde dice: EOPE

Debe decir: CDIAT

Justificación:

En el punto 1 y 2 el término SEDIAT se sustituye por "servicio de A.T." ya que el SEDIAT no es un término fundamentado ni reconocido en la bibliografía sobre AT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

En el punto 3 se sustituye el EOEP por CDIAT ya que es este último el centro competente para realizar informe de valoración sobre los casos a los que se refiere el artículo.

### **Enmienda n.º 39**

Enmienda de adición.

Se añade un nuevo capítulo:

#### CAPÍTULO IV. Coordinación y Calidad en Atención Temprana.

##### Artículo 28. Coordinación interinstitucional.

1. El menor tiene entidad biológica, psicológica y social y cuando alguno de estos aspectos se ve afectado teniendo en cuenta la interrelación entre ellos, las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, desarrollo intelectual, emocional y capacidades adaptativas.

2. La existencia de un marco legislativo autonómico en el ámbito de la Atención Temprana, así como la coordinación de las acciones institucionales que atañen al colectivo de niños entre 0-6 años que presentan trastornos en su desarrollo o tengan el riesgo de padecerlos y sus familias, habrán de configurar una base segura desde la que articular los espacios social, sanitario y educativo, tan implicados en el desarrollo infantil.

3. En Atención Temprana se deben establecer los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información entre los agentes implicados. Esta coordinación debe lograrse en tomo a las siguientes dimensiones:

- Interinstitucional e intrainstitucional, que implica a las consejerías de la Comunidad Autónoma, a las Administraciones Locales y a las organizaciones de los usuarios.
- Interprofesional, que implica la coordinación de las áreas y sectores profesionales especializados.

Se deben considerar los siguientes niveles de coordinación:

- Nivel estatal: Desde el Gobierno Regional se instará al Gobierno Central para promover la coordinación de los Ministerios competentes en materia de Sanidad, Política Social y Educación para trazar una política común que establezca cauces interministeriales para la planificación del sector de la Atención Temprana.

- Nivel autonómico: La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, dentro de sus competencias en materia de Sanidad, Política Social y Educación, y las Administraciones Locales, deben asumir la creación y organización de los recursos necesarios para ofrecer unos centros sectorizados de Atención Temprana que posibiliten la universalidad, la gratuidad y la calidad de las intervenciones de A.T. para quienes las necesiten, como exponente de solidaridad, de igualdad y de justicia social.

- Recursos de Atención Temprana: Este nivel de coordinación abarca tanto a los profesionales que en las áreas de la Salud, Política Social y Educación van a incidir en el desarrollo infantil y a los propios profesionales de los centros de Atención Temprana.

Así, la generalización de un modelo coordinado, con participación de todos los dispositivos sociales, sanitarios y educativos en un Plan Integral de AT (gestión integrada de recursos sociosanitarios y educativos en materia de AT), resultará determinante en la estrategia de implementación y desarrollo de la Atención Temprana como un servicio de calidad, accesible y respetuoso con los derechos de acceso de los ciudadanos, destinado a los/as niños/as y a sus familias que lo precisan.

##### Artículo 29. Calidad en Atención Temprana.

1. La Atención Temprana no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual. En este sentido debemos orientarnos hacia la calidad total, y mantener la obligatoriedad de elaborar y poner en práctica, en toda la red de centros, unos mínimos y básicos estándares de calidad, consensuados por los profesionales, familias y administradores, ya que tener esta meta permitirá incrementar la eficacia, competitividad y satisfacción dentro de la Atención Temprana.

2. Se entiende que la definición de calidad es un proceso abierto que implica autoevaluación y evaluación externa en un proceso continuo de reflexión y mejora. Para ello es importante tener bien definido los estándares de calidad y el sistema de evaluación, por lo que de forma periódica se propondrá una valoración externa (certificaciones de calidad específicas) sobre la calidad del servicio en fundan de diferentes estándares, como los siguientes:



- a) Estándares de calidad referidos a la comunidad.
- b) Estándares de calidad referidos a la familia.
- c) Estándares de calidad referidos a la infancia.
- d) Estándares de calidad referidos a los centros.
- e) Estándares de calidad referidos al proyecto.

3. La evaluación de todo servicio se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. La evaluación ha de realizarse de forma constructiva con el fin de orientar la posterior toma de decisiones respecto a los aspectos evaluados. Para desarrollar un sistema de evaluación en las unidades de AT es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Que los profesionales y usuarios/as participen en el proceso de evaluación comprendiendo sus objetivos.
- Que la evaluación no sea excesivamente complicada ni difícil de asumir.
- Que existan procedimientos de evaluación unificados e instrumentos de recogida de la información homogéneos en los diferentes centros/servicios.
- Que se tengan en cuenta diferentes niveles de análisis.
- Que se contemplen las diferentes fases o componentes de la intervención.
- Que la responsabilidad de la evaluación debe ser complementaria, recayendo tanto en evaluaciones internas de los participantes en la intervención de cada centro como en agentes externos de evaluación.

4. Se promoverá que el servicio de inspección de servicios sociales de la Consejería competente, desde un punto de vista técnico, garantice el cumplimiento de los criterios de calidad previamente fijados para los CDIAT.

Justificación:

La coordinación de todo el proceso y la incorporación de estándares de calidad y de la evaluación, como en cualquier otra política pública, es imprescindible para mejorar la A.T.

### **Enmienda n.º 40**

Enmienda de adición.

Se añade un nuevo capítulo:

CAPÍTULO V. Formación, Investigación e Innovación.

Artículo 30. Estrategia de formación.

1. La Administración Pública impulsará la formación de profesionales implicados en la Atención Temprana.

2. La Administración Pública fomentará centros de referencia para la formación en determinados trastornos del desarrollo, especialmente para profesionales vinculados a los CDIAT.

3. Se promoverá que los principios básicos para la prevención e intervención en la Atención Temprana se incorporen en los currículos de las titulaciones de grado y postgrado implicadas.

4. La Administración educativa de la Región de Murcia adoptará las medidas necesarias para incluir en los planes de formación permanente del profesorado una formación inicial y continua en materia de Atención Temprana.

5. Se establecerán líneas de colaboración con las universidades de Murcia en el desarrollo de estrategias de formación en materia de atención a los trastornos del desarrollo.

Artículo 31. Promoción de proyectos de investigación e innovación en Atención Temprana.

1. La Administración fomentará la investigación en Atención Temprana, fundamentalmente en el campo de la investigación epidemiológica y de la investigación evaluativa de las intervenciones. Así como el desarrollo de investigaciones interdisciplinares.

2. Colaborar con las universidades de Murcia en el desarrollo de estrategias de formación, investigación e innovación en materia de atención a los trastornos del desarrollo.

3. La Administración Pública facultará cauces para el intercambio de experiencias y buenas prácticas, así como el acceso a las fuentes documentales.

Artículo 32. Premio a la Innovación y las Buenas Prácticas en materia de Atención Temprana.

1. La Consejería competente en materia de Política Social publicará, con la periodicidad que se determine, una convocatoria de premios a las mejores experiencias de innovación y buenas prácticas que se hayan desarrollado en la Región de Murcia en el ámbito de la Atención Temprana, dirigida a los diferentes sectores sociales, públicos y privados, que asuman iniciativas en dichas materias.

2. Reglamentariamente se establecerán el diseño, las características, la periodicidad y las bases que regirán las citadas convocatorias.

Artículo 33. Nuevas tecnologías y Atención Temprana.

Las Consejerías competentes en las materias de salud, educación, políticas sociales e innovación trabajarán de forma conjunta para promover el desarrollo de juegos que utilicen las nuevas tecnologías y consigan incidir positivamente en el desarrollo de las personas menores con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.

Justificación:

La formación, la investigación y la innovación son imprescindibles para el desarrollo de la A.T. a medio y largo plazo.

## **ENMIENDAS PARCIALES PRESENTADAS POR EL G.P. MIXTO A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA, DE LOS G.P. CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA Y POPULAR.**

El diputado Juan José Molina Gallardo presenta, al amparo de lo previsto en el artículo 128 y siguientes del vigente Reglamento de la Cámara, las siguientes enmiendas parciales a la Proposición de ley 34, sobre Atención Temprana.

### **Enmienda n.º 41**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 21, que queda como sigue:

Derivación y seguimiento en las unidades de atención temprana.

1. Protocolo de derivación: la derivación se hace directamente desde las unidades de gestión clínica o desde los servicios especializados, participando en el plan de atención al recién nacido de riesgo. Los posteriores controles neonatológicos y de seguimiento son complementarios pero no sustitutivos. Cuando la detección de los trastornos o riesgos sea en etapa posnatal, podrá realizarse directamente la derivación por el pediatra de atención primaria o por otros facultativos de atención especializada. Por el contrario, si la derivación se realiza desde centros educativos, servicios sociales o en el entorno familiar, deberá acudir al pediatra de atención primaria, a quien corresponde realizar la derivación.

2. La detección de los trastornos en el desarrollo o del riesgo de padecerlos en las y los menores puede producirse en cualquier momento de su ciclo vital. No obstante, identificar lo antes posible cualquier signo de alerta o factor de riesgo en el menor, nos permitirá poder ofrecer una respuesta más temprana. En este sentido, es necesario delimitar los ámbitos y momentos en los que la función de detección cobra especial relevancia. Pueden identificarse cuatro situaciones diferentes de detección, las cuales conllevarán procedimientos diferenciados de coordinación y actuación.

3. Se deberá asegurar que el acceso al tratamiento de atención temprana estará condicionado a una valoración de idoneidad, no a certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

4. La valoración de las necesidades de las personas menores en base a un diagnóstico funcional, de sus familias y entorno. Dicha valoración se realizará por el equipo que interviene en el CDIAT. Estos equipos contarán con una organización territorial suficiente para cumplir con los objetivos y funciones que se determinen.

5. El seguimiento posterior se realizará mediante protocolos previamente establecidos, teniendo en cuenta el tipo de trastorno o de riesgo, la propia evolución del menor y su entorno sociofamiliar. En la situación de menores en tratamiento de atención/intervención temprana, se integrará la información de sus terapeutas. En el caso de menores escolarizados, se incorporará la información del profesorado. Ante situaciones de riesgo sociofamiliar, se integrará la información de los diferentes equipos de trabajo social que intervienen con el menor y la familia.

### **Enmienda n.º 42**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 1, que queda como sigue:

Artículo 1. El objeto de la presente ley es:

a) Establecer la actuación Integral en atención temprana en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para mejorar el desarrollo de los menores de entre cero y seis años y

coordinar los recursos, definiendo las competencias en el ámbito sanitario, educativo y de servicios sociales, así como los mecanismos de coordinación.

b) Garantizar la Atención Temprana en la Región de Murcia de la población Infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.

c) Regular los servicios (CDIAT) de Atención Temprana como una red integral de responsabilidad pública, de carácter universal, gratuito y de calidad.

Justificación:

Se elimina b): no ha de regularse únicamente el proceso de valoración de la necesidad de Atención Temprana (AT) sino el proceso completo (detección, derivación, valoración, intervención, seguimiento y revisión, baja y traslado).

Se añade b): es imprescindible nombrar en el objeto la población a la que va dirigida (población infantil menor de 6 años con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos y sus familias.)

Se añade c): La regulación de los servicios de Atención Temprana (CDIAT) es objeto de esta ley.

### Enmienda n.º 43

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 2, que queda como sigue:

Artículo 2. Definición de atención temprana.

La Atención Temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, cuyo objetivo es dar respuesta en el menor tiempo posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Justificación:

La definición del Libro Blanco (LB) de la Atención Temprana (AT) en el año 2000 es la definición consensuada a nivel Nacional por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT. Incluso asumida por entidades y autores internacionales. El LB ha sido traducido a varios idiomas para su utilización y estudio.

### Enmienda n.º 44

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 3, que queda como sigue:

Artículo 3. Destinatarios.

1. Son destinatarios de los servicios de Atención Temprana los niños menores de seis años, con trastornos y alteraciones en su desarrollo, o riesgo de padecerlos, residentes en la Región de Murcia, así como su familia y su entorno, en los términos previstos en esta ley.

Excepcionalmente, se prolongará la intervención, si las circunstancias así lo requieren, siempre y cuando la continuidad del tratamiento en las mismas condiciones permita establecer un pronóstico de mayor recuperación sobre otras alternativas. Esta excepcionalidad será por un periodo máximo de un año.

2. Se entiende por situación de riesgo: toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocian a los interesados a una contingencia anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Esta valoración de riesgo se puede hacer tomando criterios o indicadores biológicos, familiares o socioambientales.

Justificación:

Ajustándose este punto a la definición de Atención Temprana (A.T.) en el Libro Blanco, se modifica el punto 1, puesto que la ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre que suponga un pronóstico de mayor recuperación.

Se modifica el punto 2: la población de riesgo es potencial destinataria de los servicios de A.T., puesto que la prevención es el objetivo primordial de la A.T.: prevención primaria (dirigido a toda la población infantil), prevención secundaria (población de riesgo biológico y/o socioambiental), prevención terciaria (población con trastorno en el desarrollo),

Se elimina el punto 3: los niños menores de 5 años con necesidades de recibir A.T. y no los alumnos. La ampliación de la intervención deberá ser valorada en cada caso y siempre suponga un pronóstico de mayor recuperación. El concepto de niño-niña es más amplio que el de alumno-a y que el de paciente. La A.T. va dirigido a la población infantil en su globalidad y no limitado a sus objetivos escolares (alumno-a).

Dejar que acaben las sesiones de atención temprana hasta que termine un curso escolar no tiene ningún argumento científico, los motivos que lleven a que un niño esté un año más si fuera necesario si por la maduración cerebral no es exacta por lo que es necesario dar ese año de margen en algunos casos,

La atención temprana no son clases particulares, ni horas de entretenimiento para niños y ni para que los padres tengan horas libres. Cuando acuden a las sesiones de atención temprana es con un fin sanitario y no educativo ni de ocio.

#### **Enmienda n.º 45**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 4.1, que queda como sigue:

Artículo 4. Finalidad y objetivos.

1. La Atención temprana tiene como finalidad favorecer el óptimo desarrollo y la máxima autonomía personal de los menores tratando de minimizar y, en su caso, eliminar los efectos de una alteración o discapacidad o el riesgo de padecerla, si se diera esta circunstancia, así como la aparición de dificultades añadidas, para la integración familiar, social y la calidad de vida del menor y su familia en el entorno.

Justificación:

Con la coherencia de argumento y el seguimiento del hilo conductor de la definición, es necesario complementar el punto 1 con "Eliminar los efectos del riesgo de padecer una alteración o discapacidad también es la finalidad de la A.T."

#### **Enmienda n.º 46**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 5, que queda como sigue:

Artículo 5. Principios rectores.

La intervención integral en atención temprana en la Región de Murcia se rige por los siguientes principios:

a) NO SE MODIFICA.

b) Universalidad y Gratuidad.

La Atención Temprana debe ser un servicio universal, del que no solo se benefician los niños con una discapacidad o que estén en situación de riesgo, sino también aquellos otros que tienen alguna necesidad o dificultad evolutiva en sus primeros años. Asimismo, deben ser objeto de programas de Atención Temprana las familias que, por diversas circunstancias, no estén en condiciones de proporcionar a sus hijos los niveles de estimulación que garanticen un desarrollo armónico y

equilibrado. De todo lo anterior se desprende que, teniendo en cuenta los beneficios aportados y su bajo coste económico en comparación con intervenciones iniciadas en años posteriores, los niños y las familias que lo requieran deben tener acceso gratuito a los programas de Atención Temprana.

Justificación:

Partiendo del Libro Blanco y de la práctica de los profesionales de la R.M. y del resto del Estado español, los términos expresados en este proyecto de ley no cabe la "Universalidad ni la Gratuidad": no hay "requisitos establecidos" para cumplir con ellas.

La universalidad no coge en haremos cerrados a la discapacidad ni la gratuidad se consigue con una infradotación económica calculada para que la demanda actual, quede en cuello de botella y solo una pequeña proporción de dicha población consiga ese derecho.

c) Inmediatez de la intervención. El sistema de prestación de la Atención Temprana en la Región de Murcia garantizará la inmediatez de la intervención, eliminando trámites administrativos y paliando de esa forma las consecuencias que el retraso en la intervención puede tener para el futuro desarrollo del niño.

Justificación:

El término "temprana" no es gratuito, contiene una cualidad que distingue la A.T. de cualquier otra intervención. El sentido de atender "inmediatamente" a un niño y a su familia, una vez detectada una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla, es debido a que previene efectos secundarios irreparables tanto en el niño como en el bienestar emocional de la familia: plasticidad cerebral, hitos del desarrollo, emociones como la ansiedad, depresión, incertidumbre y afectivos tales como el apego y los vínculos familiares entre otros no menos importantes. La inmediatez en la intervención es un principio rector imprescindible para que la Atención Temprana sea Atención Temprana y no otra "cosa".

d) NO SE MODIFICA

e) Atención personalizada, integral y continua. La adecuación del servicio a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, considerando los aspectos relativos a la prevención, estimulación, atención, promoción y la integración para la elaboración de un Plan individual de atención. De acuerdo con este principio, las intervenciones integrales en atención temprana deben abordar a los menores y sus familias desde una perspectiva global que tome en consideración todos los aspectos que pueden influir en la evolución de la situación, Asimismo, tanto los tratamientos habilitadores y rehabilitadores como la intervención con la familia y el entorno del menor se planificarán teniendo en cuenta la situación específica de cada menor y de su familia.

Justificación:

En Atención Temprana no existen intervenciones parciales o fragmentadas en ningún caso. Se trata de una intervención global e integral, teniendo en cuenta todos los ámbitos del niño, de la familia y del entorno, (diferencia sustancial con los objetivos de otras entidades complementarias a la A.T.).

f) NO SE MODIFICA

g) NO SE MODIFICA

h) NO SE MODIFICA

l) Proximidad y Sectorización. Los recursos para la intervención integral en atención temprana deben ser ofrecidos en el municipio donde el menor resida, y ser plenamente accesibles. Excepcionalmente, cuando las circunstancias puntuales del servicio en un municipio determinado o las propias necesidades del niño o niña lo requieran por las características de su valoración y el Programa Individual de Atención así lo establezca, podrá, a través de la Red Pública de Centros, organizarse las condiciones que permitan al menor ser atendido en el municipio más cercano al de residencia.

Justificación:

La no existencia de los recursos para la intervención integral en A.T. en el mismo municipio donde el menor resida debe ser excepcional.

j) NO SE MODIFICA

k) NO SE MODIFICA

l) NO SE MODIFICA

Justificación:

La extensa normativa sobre educación recoge este y otros principios rectores fundamentales de la educación. Carece de sentido nombrar aquí, en una normativa sobre A.T., uno de los principios rectores de la educación.

m) Prevención. La atención temprana supone un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan algún trastorno en el desarrollo o alguna discapacidad. Así mismo, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales.

Justificación:

La A.T. no previene solo la discapacidad, sino que también las alteraciones del desarrollo.

n) Todos aquellos incluidos en el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

ñ) Integral, circular, reflexiva y autónoma, de manera que sea el mismo equipo el que realice todo el circuito asistencial y los procesos nucleares de valoración, intervención y evaluación con autonomía respecto de los diferentes departamentos administrativos de salud, educación o servicios sociales.

Justificación:

La autonomía de los procesos internos de la A.T. respecto a los sectores de Salud, Educación y Servicios Sociales es una premisa imprescindible que asegura que la familia y el niño con necesidad de A.T. reciba dentro del CDIAT el proceso íntegro garantizando así el máximo nivel de coordinación interdisciplinar e interinstitucional.

### Enmienda n.º 47

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 6, que queda como sigue:

Artículo 6: niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación.

1. La atención temprana se organiza en los siguientes niveles de intervención:

a) Prevención primaria: Tiene por objeto la información, formación y sensibilización para evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de alteraciones en el desarrollo infantil, realizando los programas necesarios destinados a la población en general.

b) Prevención secundaria: Tiene por objeto la detección precoz de posibles alteraciones y situaciones de riesgo en relación con tres principales factores: biológico, familiar y ambiental.

Entre los factores biológicos podemos considerar: antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia; administración de sustancias tóxicas, que pueden afectar al feto en el embarazo; cromosomopatías y síndromes dismórficos; neurometabolopatías; malformaciones del sistema nervioso central; recién nacido con peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional; recién nacido con peso inferior a 1500 gramos; edad gestacional inferior a 32 semanas; pérdida de bienestar fetal; convulsiones neonatales; infecciones posnatales del sistema nervioso central; traumatismo craneoencefálico; hidrocefalia adquirida; daño cerebral observado por neuroimagen; otitis media crónica o recidivante.

- Los factores familiares de riesgo tienen que ver con: a) las características de los padres (edad de los padres inferior a 20 años o superior a 40 años; padres drogodependientes; padres con diagnóstico de enfermedad mental, trastornos sensoriales o discapacidad intelectual; antecedentes de declaración de situaciones de desamparo con asunción de tutela por la Entidad Pública o en su

caso, pérdida de la guarda o custodia de los hijos o las hijas; b) las características de la familia (ambientes familiares gravemente alterados; antecedentes y situaciones de maltrato físico o psicológico; familias excluidas socialmente); c) situaciones de estrés durante el embarazo (participación en programas de reproducción asistida; ruptura familiar y situaciones críticas; embarazos no aceptados, accidentales y traumatizantes (violación); embarazos múltiples; información de malformaciones o lesiones en el feto probables o confirmadas); d) situaciones de estrés en el período neonatal (parto múltiple; diagnóstico perinatal de probable/posible discapacidad física o psíquica o malformación somática; hospitalización); e) diversos sucesos acaecidos en el período posnatal (niños con hospitalizaciones prolongadas y/o frecuentes; situaciones de maltrato físico o psicológico; diagnóstico posnatal de probable/posible discapacidad física o psíquica, enfermedad grave o malformación somática; ruptura familiar y situaciones críticas).

- Los factores ambientales de riesgo están relacionados con situaciones como: a) exposición a entornos ambientales con factores de estrés (exposición frecuente a deficiente estimulación; deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y faltas de adaptación a las necesidades del niño en la vivienda habitual o local de cuidado; institucionalización); b) exposición a entornos sociales con factores de estrés (dificultades del entorno para administrar/proveer los cuidados y la estimulación adecuados; exposición a prácticas y situaciones inadecuadas); c) exposición a factores de exclusión social de la familia (condiciones de vida que facilitan el aislamiento social en el propio entorno familiar, y en relación a otros entornos sociales; familia con dificultades de acceso a los recursos sociales).

c) Prevención terciaria: Tiene por objeto la realización de las intervenciones necesarias dirigidas al menor, a su familia y a su entorno para mejorar las condiciones de desarrollo de los primeros mediante la atenuación o superación de las consecuencias negativas de las alteraciones diagnosticadas o de los contextos con los que interactúan.

2. La intervención en atención temprana se desarrollará bajo las siguientes modalidades: Atención directa a los menores, atención en el entorno socio familiar, educativo y sanitario y atención en el proceso de escolarización.

3. Los ámbitos de actuación de la atención temprana comprenden:

a) Prevención de situaciones de riesgo biológico, psicológico y/o social.

b) Detección, por los sistemas implicados de cualquier retraso en el desarrollo del menor o de las situaciones de riesgo.

c) Evaluación de las necesidades del menor, de su familia y de su entorno.

d) Diagnóstico de las alteraciones del desarrollo.

e) Atención interdisciplinar o transdisciplinar del menor, de su familia y de su entorno.

f) Orientación y apoyo a la familia y al entorno en el proceso de atención al desarrollo integral del menor.

g) Coordinación de las actuaciones de la Administraciones Públicas y de los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales que participan en la prevención, detección precoz e intervención necesarias para la atención de los menores con alteraciones en el desarrollo, dependencia y /o discapacidad o riesgo de padecerlas.

h) Seguimiento, evaluación y revisión, en su caso, de las actuaciones desarrolladas.

4. El Modelo de Atención Temprana se basa en las siguientes premisas:

a) El modelo de Atención Temprana de la Región de Murcia será un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos de responsabilidad pública que, desde la administración competente, permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral dirigidas a las personas menores de edad, sus familias y entorno.

b) Esta red estará destinada a satisfacer los derechos y necesidades de los niños menores de 6 años, con trastornos del desarrollo o en riesgo de padecerlos, y sus familias, que procure una



atención de calidad y excelencia a esta población.

c) La implementación de la prestación de Atención Temprana requiere una red sectorizada de Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT), la cual irá asociada a las distintas áreas sanitarias existentes en la Región.

Justificación:

Se modifica el punto 1.b): La prevención secundaria no solo abarca los factores de riesgo biológico y social sino a situaciones de riesgo en relación con factores de riesgo biológico, familiar y ambiental.

Se modifica el 3.a): La prevención de situaciones de riesgo han de incluir el riesgo psicológico. Valga como ejemplo la influencia en el desarrollo infantil la enfermedad mental de los padres, los problemas económicos y laborales parentales afectando a la alimentación (obesidad infantil) entre otros, los efectos del confinamiento y la exposición a pantallas.

Se añade el punto 4: Las premisas del modelo de Atención Temprana propuesto por esta ley han de quedar reflejadas, los profesionales a lo largo de estos cerca de cuarenta años de experiencia han podido reflexionar sobre los puntos fuertes y los débiles de la praxis profesional en los distintos procesos de atención a la infancia y a sus familias tomando varios modelos teóricos como base para concluir cuál es el modelo de A.T. que las todas las familias murcianas esperan.

#### **Enmienda n.º 48**

Enmienda de supresión.

Se suprime el punto 3 del artículo 7.

Justificación: La coordinación en A.T. no ha de basarse en protocolos de coordinación de actuaciones interdepartamentales para alta o baja incidencia en A.T. de determinadas discapacidades.

#### **Enmienda n.º 49**

Enmienda de modificación.

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

1.b) La tramitación del expediente de necesidad de atención temprana a partir del informe sanitario de necesidad remitido por el pediatra, de manera inmediata a la detección de dicha necesidad y, en su caso, de manera paralela al comienzo de la intervención en el CDIAT para priorizar la inmediatez de esta.

1.c) La prestación del servicio de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, de acuerdo con el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT que se haya determinado por parte del órgano competente en el reconocimiento de la necesidad de A.T. De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 14, estas prestaciones serán llevadas a cabo en los centros de desarrollo infantil y atención temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT) cuya valoración de necesidad de atención temprana se considera válida una vez sea emitido informe por el pediatra, hasta tanto sea ratificada por el correspondiente órgano competente antes mencionado, y permitirá el inicio inmediato de la intervención, así como la cobertura de sus costes en tanto se complete el expediente de atención temprana.

El servicio de Atención Temprana se define como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población de 0 a 6 años, su familia y su entorno, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas.

1.d) La Elaboración y aprobación, cada cuatro años, de un Plan Regional Integral de Atención Temprana, como un instrumento participativo y público con intervención de los agentes afectados.

Asimismo, le corresponde el seguimiento, evaluación y, en su caso, revisión del mencionado Plan Regional. Tanto para su aprobación, como para su evaluación y revisión, el Plan Regional Integral de Atención Temprana requerirá informe previo de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana,

En este Plan existirá una dotación específica dirigida a la investigación y a la formación de los profesionales educativos, de los servicios sociales y de sanidad en materia de Atención Temprana. El primer Plan Regional Integral de Atención Temprana será aprobado en el año siguiente a la entrada en vigor de la presente Proposición de ley.

3.b) En los casos que exista discapacidad, valoración de la misma por los Centros de Valoración y Orientación de personas con discapacidad. Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.

3.c). Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones, de conformidad con lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Tal valoración no supondrá, en ningún caso, condicionamiento, demora o limitación al acceso inmediato a los recursos del servicio de desarrollo infantil y atención temprana, la valoración técnica de necesidad de atención temprana y/o el PIAT.

Justificación:

Se añade en el apartado 1 b): la Inmediatez en la atención.

Se elimina del apartado 1 c) SEDIAT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servido (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y así como los de la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

Se elimina y añade al apartado 1 c) El inicio de la tramitación requerirá únicamente el informe de necesidad remitido por el pediatra, comenzando de forma paralela la intervención desde el CDIAT.

Se elimina en el apartado 1 d) la referencia al SAAD ya que el Plan Regional estará basado en las previsiones establecidas para la Atención Temprana. Estas actuaciones son alternativas y no imprescindibles para actuar en A.T.

Se añade en el 3 b) y 3 c) la garantía de la independencia, a efectos de inicio de la intervención, de la valoración de discapacidad y del reconocimiento de la situación de dependencia.

### **Enmienda n.º 50**

Enmienda de modificación.

Artículo 9. Competencias y actuaciones en el ámbito sanitario.

1. Niveles de actuación de la Consejería competente en materia de sanidad:

a) Prevención Primaria.

b) Prevención Secundaria.

c) Prevención Terciaria.

d) La detección y diagnóstico del menor, así como la emisión de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el CDIAT por presentar indicadores de riesgo biológico

o social.

2. Corresponde a la Consejería competente en materia de sanidad, de acuerdo con el anterior apartado, las actuaciones de prevención, promoción e intervención siguientes:

a) Prevención primaria: programas de prevención en el diagnóstico, educación para la salud y de seguimiento en la población general, con especial atención ante posibles menores en situación de alto riesgo.

b) Prevención secundaria: derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser valorado por el CDIAT al presentar factores de riesgo biológico y/o social. Así como seguimiento de los niños previamente derivados. Además de campañas de sensibilización a profesionales para el diagnóstico precoz en población de riesgo, programas de prevención de complicaciones y de seguimiento específico a menores con problemas durante el embarazo o periodo neonatal.

c) Prevención terciaria: derivación mediante informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser atendido por el CDIAT al constatar la existencia de un trastorno en el desarrollo, así como el seguimiento de los niños ya diagnosticados y la atención multidisciplinar, descartando la aparición de comorbilidades.

d) En las actuaciones de detección y diagnóstico se realizará, entre otras, el diagnóstico funcional, sindrómico o etiológico de las alteraciones en el desarrollo, así como la realización de informe sanitario cuando se considere que el menor debe ser atendido por el CDIAT de referencia.

Justificación:

Se modifica el punto 1.d): son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana. Ambos equipos se coordinarán en los distintos procesos por los que pase el niño y su familia, teniendo en cuenta todas las características del entorno.

Se modifica el punto 2.a): la prevención primaria se realiza sobre la población general.

Se añade al punto 2. b): en relación con la A.T., la prevención secundaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT.

Se añade al punto 2. c): en relación con la A.T., la prevención terciaria desde los servicios sanitarios implica la derivación al CDIAT.

Se modifica el punto 2. d): son los CDIAT y no los equipos de orientación educativa y psicopedagógica los competentes en realizar la valoración de atención temprana.

### **Enmienda n.º 51**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 10, que queda como sigue:

Artículo 10. Competencias y actuaciones en el ámbito educativo.

1. Sin perjuicio de los tres niveles de intervención recogidos en el artículo 6.1, corresponde a la Consejería competente en materia de educación:

a) La escolarización de los menores de 3 a 6 años, y de los menores de 0 a 3 años cuando ello sea posible, según lo establecido por la legislación educativa vigente, y la provisión de los apoyos específicos que requieran, así como a la orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades en coordinación, pero independientemente de la intervención que sea necesaria realizar desde los CDIAT.

b) La realización de actuaciones de detección y posterior derivación al pediatra, por parte de los servicios educativos implicados cuando se detecte que el menor es susceptible de beneficiarse del servicio de atención temprana.

c) La valoración técnica de necesidad de atención educativa y el seguimiento de la evolución de la atención educativa recibida por el menor dentro del ámbito escolar.

2. A la vista de las competencias recogidas en el apartado precedente, las actuaciones en el ámbito educativo serán, entre otras:

a) La orientación educativa a los padres, madres o tutores legales para facilitar la integración educativa del menor y potenciar sus capacidades.

b) Una vez realizada la escolarización de los menores, colaborar con los profesionales de los centros educativos en el proceso de elaboración, desarrollo y evaluación de las adaptaciones curriculares que precise el alumnado, así como colaborar con otros organismos e instituciones que presten atención a la infancia con el fin de llevar a cabo actuaciones conjuntas.

c) Realizar programas de prevención, educación para la salud en colaboración con los agentes sanitarios y los CDIAT.

d) Detección de factores de riesgo biológico y social, así como inmediata derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

e) Detección de trastornos en el desarrollo y posterior derivación al pediatra para que determine la necesidad de AT.

Justificación:

Se añade al punto 1.a): la intervención sobre el niño, la familia y el entorno en A.T. es independiente de los apoyos educativos específicos.

Se añade al punto 1.b): El ámbito educativo, entre sus actuaciones, cuenta con de la derivación al servicio de pediatría cuando se detecte la necesidad de valoración por A.T.

Se elimina y añade al punto 1.c): El ámbito educativo es el encargado de la valoración y seguimiento de las necesidades educativas. No es competente en la valoración y seguimiento de las necesidades de atención temprana de un niño, familia y entorno.

Se añaden al punto 2 los apartados c), d) y e): El ámbito educativo cuenta entre sus actuaciones con las dirigidas a prevención primaria, secundaria y terciaria.

Es de destacar que actualmente el EOEP en nuestra Región lleva a cabo una magnífica labor psicoeducativa, con pocos recursos humanos, y con los cuales los CDIAT mantienen una excelente coordinación, intercambiando información sobre los expedientes en común. También es destacable que sus clasificaciones diagnósticas están basadas en diagnósticos de trastornos del desarrollo, cerrados o reconocimiento de discapacidad para reconocerle sus derechos a apoyos educativos y becas. No es posible llevar a cabo con sus instrumentos diagnósticos una intervención preventiva.

### **Enmienda n.º 52**

Enmienda de supresión.

Se suprime el art. 12

Justificación: Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T, son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error. Documentos de referencia elaborados por el GAT (Federación de asociaciones de profesionales de la A.T.) lo exponen y argumentan claramente: los equipos de valoración y de intervención deben ser los mismos; no debe, por coherencia y eficiencia,

existir dos equipos distintos. (Recomendaciones Técnicas, 2005).

### Enmienda n.º 53

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 13, que queda como sigue:

Artículo 13. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT).

1. Los CDIAT son centros de titularidad pública incluidos en la Red de centros sostenidos con fondos públicos.

2.- Los CDIAT se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la intervención de servicios sociales especializados de atención temprana del menor, su familia y su entorno, en colaboración y coordinación con los recursos de los demás sistemas implicados, de acuerdo con el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT) elaborado por el centro, según el informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana, realizado previamente por el mismo CDIAT, y constituyen el núcleo de acciones previstas en el artículo 14 de la presente proposición de ley, en relación con el niño, la familia, el entorno y la calidad del programa.

3.- Los CDIAT deberán contar con las oportunas autorizaciones sanitarias, sociales y de otros ámbitos que sean precisas. Asimismo, deberán contar con un reglamento de régimen interior, el cual deberá ser aprobado por la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.

4.- Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana recogidos en el artículo 6 de la presente Proposición de ley. En este sentido, los CDIAT realizarán las siguientes actuaciones:

a) Cada CDIAT estará adscrito a un área territorial concreta, determinada por la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana, y desarrollará diversas actuaciones según el principio de proximidad geográfica que serán llevadas a cabo por el equipo del centro en coordinación con los recursos comunitarios de la zona de influencia.

b) Prevención y detección de los casos. Los CDIAT colaborarán y serán a su vez impulsores de programas comunitarios dentro del ámbito preventivo y de detección precoz de la población de los menores con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlo, todo ello en coordinación con el pediatra de referencia y los EOEP.

Justificación:

Punto 1: se elimina "o privada" ya que no cabe en la gestión pública de la AT, puesto que los fines con ánimo de lucro conlleva factores de riesgo para la buena praxis profesional. Los servicios privados son una muy buena opción para poder elegir, pero el derecho como servicio público debe existir para todas las familias.

Punto 1: se elimina la distinción entre centros genéricos o específicos. Cualquier CDIAT de gestión pública es genérico. Cualquier centro específico se denomina centro especializado en discapacidad. Punto 2: la elaboración del informe de valoración técnica de necesidad de Atención Temprana corresponde al CDIAT.

Punto 4 a): La proximidad geográfica al CDIAT es una condición necesaria para que la atención al niño, familia y entorno pueda tener suficiente validez. No es posible la intervención en un entorno que conlleva grandes desplazamientos y carencia de conocimiento de los distintos entornos (educativos, sanitarios y sociales).

Punto 4 b): Incluir la figura del pediatra en la prevención y detección de casos ya que es el especialista que sigue el desarrollo del niño en todo caso.

## Enmienda n.º 54

Enmienda de modificación.

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

1. Composición de los CDIAT.

a) Los equipos de los CDIAT serán de composición multiprofesional y funcionamiento interdisciplinar, y estarán constituidos por especialistas en Atención Temprana. Estos equipos se conformarán con el número suficiente y adecuado de profesionales que facilite el trabajo interdisciplinario y cubra las necesidades evolutivas globales biopsicosociales del niño y de su familia (mínimo tres profesionales cubriendo el ámbito biopsicosocial).

b) La formación de los profesionales además de la titulación propia deberá ser específica en Atención Temprana, pudiendo acreditarse mediante cursos de especialización de posgrado-Máster específico. O bien justificando, al menos, 5 años de experiencia laboral en Atención Temprana.

2. Actuaciones principales desde los CDIAT.

a) Las actuaciones del equipo de los CDIAT responden a los tres niveles de Atención Temprana; Prevención Primaria: evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de trastornos en el desarrollo infantil; Prevención Secundaria: detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo; Prevención Terciaria: actividades dirigidas hacia el menor y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo.

b) El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) constituye el núcleo de distribución de las siguientes acciones básicas:

- Acciones con relación al niño:

• Valoración e intervención multidimensional e interdisciplinar en relación con el desarrollo infantil de la población alcance.

• Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social, que podrán realizarse a nivel ambulatorio en el CDIAT, a nivel domiciliario o en otros ámbitos, en función de las necesidades y de los intereses del niño y su familia. (Por sus objetivos, duración y carácter integrado con aspectos psicosociales y personales se aconseja diferenciar estas prestaciones de las de rehabilitación hospitalaria déficits recuperables de la Ley de Cohesión- o de reeducación especializada - audición y lenguaje, desarrollo fonológico, etc.- propias del ámbito escolar).

• Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas (incluyendo el aprendizaje de lenguajes alternativos y/o aumentativos y de la lengua de signos) orientadas a la comunicación social, así como las necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria (se excluyen las prestaciones del catálogo ortoprotésico de los servicios sanitarios).

• Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas,

- Acciones con relación a la familia:

• Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones.

• Apoyo emocional, social, informativo y formativo relacionado con la información diagnóstica o trastorno del desarrollo infantil de su hijo.

• Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo personal del niño y sus necesidades cotidianas.

• Apoyo a la reorganización del conjunto de la unidad de convivencia.

• Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

- Acciones con relación al entorno:

• Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.

• Información de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos

facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.

- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.
- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.
- Apoyo, asesoramiento y participación con los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos en lo que atañe a desarrollo infantil y a los trastornos del desarrollo.
- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen reglamentariamente en el ámbito municipal/comarcal.
- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

Justificación:

Eliminación del punto 1: La intervención desde los CDIAT no incluye el listado de tratamientos expuestos, como por ejemplo "Apoyo Psicopedagógico", que es una intervención exclusivamente educativa, o por ejemplo la "Rehabilitación auditiva", que es una intervención sanitaria.

Eliminación del punto 3: "La intervención en atención temprana se asignará..... Es imposible basarla en asignar un número de sesiones de tratamiento conforme a un baremo de discapacidad de un niño, sin atender a las necesidades de la familia y del entorno. Todos no son iguales, somos diferentes.

Eliminación puntos 4 y 5: Otros sistemas (educación o sanidad) no prestan los mismos tratamientos o intervenciones que los prestados por Atención Temprana y por esto nunca unos sustituirán a otros.

La amplia bibliografía sobre A.T. incluye aspectos que se incluyen en este apartado como es la Composición de los CDIAT y Actuaciones principales desde los CDIAT.

### **Enmienda n.º 55**

Enmienda de supresión.

Se eliminan los apartados "d" y "e" del artículo 18.

Justificación: Los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El dictamen de necesidades educativas especiales y la determinación de necesidad de A.T. son necesidades completamente diferentes, evaluados con escalas diferentes, evaluados por profesionales diferentes, con formación específica diferente y objetivos diferentes. Equiparar las intervenciones de A.T. (niño, familia y entorno) con los apoyos educativos a los alumnos con necesidades educativas especiales atenta contra los principios de la A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento. No tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

### **Enmienda n.º 56**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 19, que queda como sigue:

Artículo 19. Procedimiento.

El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sanitarios.

La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS u órgano específico de gestión de la Atención Temprana que se cree en la Consejería competente, será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

Una vez detectada la necesidad de atención temprana, derivado el niño o niña a través del CDIAT al recurso de intervención más adecuado, se iniciará el procedimiento ordinario de tramitación del expediente recogido en el artículo 8, en los términos que se expresen a continuación. Dicha tramitación no puede suponer, en ningún caso, el retraso en el inicio de la intervención o la paralización de la misma si ya hubiere comenzado, salvo lo que reglamentariamente se establezca.

1, Procesos de intervención:

El sistema sanitario, educativo y los servicios sociales que están directamente implicados en la atención a las personas menores de seis años, deberán establecer mecanismos de coordinación eficaces para optimizar los recursos, y evitar fragmentaciones, así como garantizar la continuidad de los procesos de intervención.

a) Detección y derivación al CDIAT. En el caso de sospecha de necesidades relacionadas con el desarrollo, o de situación de vulnerabilidad que pueda afectar negativamente al proceso evolutivo del niño o niña, los profesionales de los sistemas de protección, sanitario, social y educativo, incluido el propio CDIAT, deberán canalizar las situaciones detectadas mediante un "Informe de Derivación" al pediatra que atiende al niño dentro del área sanitaria correspondiente. Las familias ante cualquier sospecha también podrán solicitar asistencia acudiendo al Pediatra, el cual determinará si se cumplen los criterios para realizar la derivación al CDIAT.

Una vez el pediatra considera adecuada la derivación, se inicia el denominado Expediente Único, cuya finalidad es centralizar la valoración, diagnóstico e información de todos los recursos materiales y humanos implicados para conseguir una atención conjunta, eficaz y de calidad. Para ello se proporcionará a Pediatras y CDIAT el soporte informático que facilite la gestión de casos y expedientes, la elaboración de informes y memorias y la realización de estudios e investigaciones.

El Pediatra, por tanto, realiza la derivación al CDIAT para que se inicie la acogida del niño y su familia. En dicha derivación se tendrá en cuenta la proximidad del CDIAT al entorno del niño, pudiendo no obstante la familia solicitar un centro alternativo en base a sus preferencias.

Siempre se procurará ofrecer los centros más cercanos a la residencia/vivienda del niño y su familia.

b) Fase de acogida del CDIAT: En el plazo máximo de 5 días hábiles el CDIAT iniciará el proceso de valoración de necesidad, y ofrecerá a las familias el apoyo y asesoramiento necesario en cada caso.

c) Fase de valoración: El equipo del CDIAT llevará a cabo la valoración inicial del menor, su familia y entorno, elaborando las hipótesis iniciales sobre la situación y necesidades evolutivas del niño, competencias familiares y factores contextuales que puedan influir en el desarrollo personal y en su inclusión social. Para ello se utilizarán herramientas diagnósticas consensuadas por los profesionales. En esta fase se realiza la resolución de necesidad que será incluida en el expediente único.

La valoración inicial tendrá lugar en los contextos naturales donde se desenvuelve el niño/a, o bien en los propios de los CDIAT.

El equipo Interdisciplinar del CDIAT, mediante una reunión metodológica interdisciplinar, realizará una puesta en común sobre la evaluación de las necesidades del menor y su familia, y mediante la emisión de un "Informe Inicial" determinará la necesidad de intervención. Este informe inicial quedaría recogido con el formato de Documento acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa a todos los efectos.

En el caso de centros de titularidad pública, este documento será acreditativo de necesidad de A.T., con validez administrativa inmediata.



En el caso de centros de titularidad privada, la administración, a través del correspondiente convenio o concierto de colaboración con dicho centro, establecerá los mecanismos oportunos para la validación del informe inicial, sin alterar la continuidad del proceso de acogida. Estos mecanismos se realizarán a través de la Dirección General correspondiente del IMAS, en un plazo máximo de 30 días desde la entrada de solicitud en este organismo, sin suponer demora en los restantes plazos establecidos en el proceso de intervención del CDIAT. Este informe será incluido en el Expediente Único con resolución de necesidades e incluiría, si fuera necesario, solicitud al pediatra de derivación a otros servicios clínicos especializados. Si el niño/a y su familia necesitaran intervención, el equipo iniciará el proceso de elaboración del Plan de Intervención en Atención Temprana (PIAT) de manera inmediata, a partir del diagnóstico funcional, contemplando los objetivos consensuados con la familia y la intensidad (UMAT) de la intervención.

d) Fase de intervención: En esta fase se produce la ejecución del PIAT mediante el conjunto de recursos y medios específicos que se dirijan a los niños/as, a sus familias y a su entorno, para la consecución de los objetivos acordados.

e) Fase de evaluación: El PIAT será actualizado periódicamente para determinar la evolución, o consecución de los objetivos, así como para ampliar/disminuir, o cambiar dicho plan de intervención. Anualmente el CDIAT realizará un "Informe de valoración" de cada caso y elaborará una memoria de la actividad realizada por el centro.

d) Fase de cese: Tras la verificación de causa de finalización expuesta en el artículo 21, los profesionales prepararán la transición a otros recursos, elaborarán los informes que acrediten la finalización del proceso y gestionarán los trámites exigidos que imponga la norma.

2. Por todo lo expuesto en este artículo se diferencian dos tipos de actividad dentro del CDIAT:

a) Actividad directa, acciones profesionales llevadas a cabo directamente sobre el niño y/o la familia como la acogida, las valoraciones, el diagnóstico interdisciplinar, la atención terapéutica, las entrevistas familiares, la evaluación, el cese o derivación..., etc.

b) Actividad indirecta, son las restantes actividades que realiza el equipo del CDIAT, incluidas las de incidencia preventiva y comunitaria, además de las actividades de apoyo a la atención directa y la gestión integral del centro, tales como valoración e interpretación de pruebas, documentación del caso, interconsulta, coordinación con otros dispositivos de atención a la infancia, coordinación interna, gestión y administración, formación continuada, docencia e investigación, evaluación y planificación estratégica, mantenimiento del CDIAT..., etc.

Justificación:

No hay medidas provisionales de intervención ya que todos los casos detectados iniciarán el procedimiento administrativo después de su llegada al CDIAT.

Se sustituye el texto por los procesos de intervención redactados y que tienen su fundamento en la amplia bibliografía de consenso sobre la A.T. El acceso directo desde el pediatra al CDIAT es imprescindible para que el procedimiento respete uno de los pilares básicos de la A.T.: la inmediatez.

### **Enmienda n.º 57**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 20, que queda como sigue:

Artículo 20. Documentación,

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten. Especialmente, se recabará de oficio el estudio diagnóstico del

servicio público de pediatría correspondiente relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social que justifiquen que el menor deba ser valorado por los CDIAT.

2. No obstante lo anterior, los padres o representantes del menor podrán presentar cualesquiera otros informes o datos que estimen necesarios. De acuerdo con ello, podrán presentar, junto con la solicitud, informe de valoración complementario al objeto de determinar la necesidad de atención temprana y, en su caso, la procedencia del CDIAT, realizado por el equipo profesional de un CDIAT debiendo recoger dicho informe como mínimo la información a la que se refiere el artículo 21.3 de la presente Proposición de ley.

3. De forma voluntaria, podrá solicitarse simultáneamente el reconocimiento de la condición de discapacidad y/o dependencia. De ser así, los equipos de valoración de dependencia y/o discapacidad actuarán de forma coordinada en la valoración con el CDIAT correspondiente.

Justificación:

Se sustituye en los puntos 1 y 3 "EOEP", ya que los EOEP no tienen la competencia de valorar la necesidad de intervención en A.T. El proceso de valoración de la necesidad de A.T. pertenece al resto del proceso de A.T. que se lleva a cabo de forma íntegra en los CDIAT. La valoración es un proceso, no es una evaluación puntual en una sola sesión llevada a cabo por personal ajeno a la Intervención. El equipo del CDIAT que acoge e interviene con un niño y su familia es el único indicado para determinar qué especialidad y qué número de sesiones se precisan en cada momento, y no tener en cuenta la constante y natural variabilidad de las necesidades de un niño y su familia es un grave error.

Se sustituye en el punto 2: SEDIAT.- La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar. El servicio que se presta en un CDIAT no tiene entidad como Servicio (SEDIAT), ya que sin un centro que reúna las características y que cumpla los requisitos contemplados en el artículo 14 y la disposición final sobre requisitos de los CDIAT, no se entiende el SEDIAT.

Se elimina en el punto 2: la referencia al baremo obsoleto y no consensuado que solo contempla discapacidad, dejando fuera los factores de riesgo.

### **Enmienda n.º 58**

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 22, que queda como sigue:

Artículo 22. Procedimiento y requisitos de acceso.

1. Los CDIAT realizarán completo el circuito asistencial, desde la solicitud de atención hasta el cese. El acceso a la intervención en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana no estará condicionado a la certificación de discapacidad o dependencia, ni a la confirmación del diagnóstico sindrómico o etiológico, que a veces requiere un estudio prolongado.

2. Tendrán acceso directo al CDIAT:

a) Las familias empadronadas en un municipio de la Región de Murcia al tiempo de presentar su solicitud y mantenerlo durante todo el tiempo que reciba el servicio.

b) Los niños con una edad inferior a los 6 años que tengan una alteración en el desarrollo o riesgo de padecerla.

3. No recibir servicio para el mismo objeto por parte de otra entidad perteneciente a la Red pública de CDIAT.

Justificación:

Se elimina todo el contenido del artículo original al tratar sobre el reconocimiento de necesidad de valoración de necesidad de AT por la EOEP.

Se añaden los puntos 1, 2 y 3: se define la autonomía de los CDIAT y del inicio del proceso de AT independientemente de la certificación de discapacidad o dependencia. Se define la necesidad de estar empadronado en un municipio de la Región de Murcia y tener una edad inferior a 6 años; así como no recibir intervención en otro centro de desarrollo infantil y atención temprana de la red pública.

### Enmienda n.º 59

Enmienda de modificación.

Se modifica el art. 27, que queda como sigue:

Artículo 27. Procedimiento de extinción del servicio de A.T.

1. El órgano encargado de la instrucción y resolución de los procedimientos de extinción del servicio de Atención Temprana será la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS.

2. Cuando la causa de la extinción sea una de las señaladas en las letras a), d), e) e i) del artículo 16, se deberá dar trámite de audiencia a los interesados.

3. La extinción del servicio de Atención Temprana requerirá informe de valoración del CDIAT en los casos recogidos en los apartados a), d) e i) del artículo 16.

4. Para que la extinción del derecho se produzca por la causa g) y h) del artículo 16, será necesario que los servicios sociales de atención primaria de la zona de residencia del menor y en su caso los servicios sociales especializados de protección del menor, emitan un informe con indicación de la situación familiar y de la existencia o no de una situación de abandono, negligencia o riesgo para el menor, en el que se señalarán las intervenciones llevadas a cabo para resolver la situación, así como la adopción de las medidas legales oportunas, antes de proceder a la extinción del derecho. Este informe será solicitado de oficio.

Justificación:

Se modifica en el punto 1 y 2. El término SEDIAT se sustituye por "servicio de A.T." ya que el SEDIAT no es un término fundamentado ni reconocido en la bibliografía sobre AT. La A.T. se lleva a cabo mediante un equipo interdisciplinar, que comparte espacio y tiempo. Nunca técnicos, individualmente, pueden llevar a cabo una intervención que pueda denominarse de A.T. El concepto de equipo multiprofesional no es aceptado en A.T. si no conlleva una metodología interdisciplinar.

Se modifica en el punto 3: se sustituye el EOEP por CDIAT, ya que es este último el centro competente para realizar informe de valoración sobre los casos a los que se refiere el artículo.

### Enmienda n.º 60

Enmienda de supresión.

Se suprimen los apartados "a","b" y "c" del art. 12.

## **ENMIENDAS PARCIALES PRESENTADAS CONJUNTAMENTE POR LOS G.P. CIUDADANOS-PARTIDO DE LA CIUDADANÍA Y POPULAR A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

El Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía, y en su nombre, el portavoz, Francisco Álvarez García, y el Grupo Parlamentario Popular, y en su nombre Joaquín Segado Martínez, presentan, de conformidad con lo establecido en el artículo 128 del vigente Reglamento, para su admisión a trámite, las siguientes enmiendas parciales al articulado a la Proposición de ley 34, de intervención integral de la atención temprana en el ámbito de la Región de Murcia.

### **Enmienda n.º 1**

Enmienda de adición.

Se añade un nuevo artículo XX. Seguimiento de menores de riesgo.

El seguimiento de los menores de riesgo biológico o psicosocial, incluyendo los recién nacidos con factores de riesgo prenatal o perinatal, se realizará directamente, previa derivación del servicio de pediatría, por parte de los EOEP de atención temprana.

Cuando se detecte la necesidad de atención temprana, para la presentación de la solicitud no será preciso el informe de pediatría previsto en el artículo 19.

Justificación: se propone añadir un nuevo artículo relativo al seguimiento de los menores de riesgo, según propuesta recogida en las audiencias realizadas.

### **Enmienda n.º 2**

Enmienda de modificación.

Se modifica el título del artículo 6. Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación.

Donde dice:

Artículo 6. Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación.

Debe decir:

Artículo 6. Niveles y modalidades de intervención.

Justificación: se propone modificar el título del artículo 6, conforme a lo propuesto en las observaciones 5, 6 y 7 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

### **Enmienda n.º 3**

Enmienda de supresión.

Se suprime el punto tres del artículo 6:

3. Los ámbitos de actuación de la atención temprana comprende:

- a) Prevención de situaciones de riesgo biológico y/o social.
- b) Detección, por los sistemas implicados, de cualquier retraso en el desarrollo del menor o de las situaciones de riesgo.
- c) Evaluación de las necesidades del menor, de su familia y de su entorno.
- d) Diagnóstico de las alteraciones del desarrollo.
- e) Atención interdisciplinar o transdisciplinar del menor, de su familia y de su entorno.
- f) Orientación y apoyo a la familia y al entorno en el proceso de atención al desarrollo integral del menor.
- g) Coordinación de las actuaciones de las Administraciones Públicas y de los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales que participan en la prevención, detección precoz e

intervención necesarias para la atención de los menores con alteraciones en el desarrollo, dependencia y/o discapacidad o riesgo de padecerla.

h) Seguimiento, evaluación y revisión, en su caso, de las actuaciones desarrolladas.

Justificación: se propone suprimir el punto 3 del artículo 6 conforme a lo propuesto en las observaciones 5, 6 y 7 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

#### **Enmienda n.º 4**

Enmienda de adición.

Se añade un nuevo artículo: Artículo xx. Ámbitos de actuación.

Los ámbitos de actuación de ta atención temprana comprenden:

a) Prevención de situaciones de riesgo biológico y/o social.

b) Detección, por los sistemas implicados, de cualquier retraso en el desarrollo del menor o de las situaciones de riesgo.

c) Evaluación de las necesidades del menor, de su familia y de su entorno.

d) Diagnóstico de las alteraciones del desarrollo.

e) Atención interdisciplinar o transdisciplinar del menor, de su familia y de su entorno.

f) Orientación y apoyo a la familia y al entorno en el proceso de atención al desarrollo integral del menor.

g) Coordinación de las actuaciones de las Administraciones Públicas y de los profesionales sanitarios, educativos y de servicios sociales que participan en la prevención, detección precoz e intervención necesarias para la atención de los menores con alteraciones en el desarrollo, dependencia y/o discapacidad o riesgo de padecerla.

h) Seguimiento, evaluación y revisión, en su caso, de las actuaciones desarrolladas.

Justificación: se propone añadir un nuevo artículo con el contenido del apartado 3 del artículo 6, conforme a lo propuesto en la observación 6 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

#### **Enmienda n.º 5**

Enmienda de adición.

Se añade el siguiente texto remarcado en negrita en el apartado b) del punto 1 del artículo 6. Niveles y modalidades de intervención.

Artículo 6. Niveles, modalidades de intervención y ámbito de actuación.

b. **Prevención secundaria:** tiene por objeto la detección precoz de posibles alteraciones y situaciones de riesgo biológico y social en el desarrollo infantil, la evaluación de los mismos, así como las derivaciones de los menores entre los sistemas sanitario, educativo y de servicios sociales, con el fin de evitar o reducir las consecuencias que de ello puedan derivarse.

Justificación: se propone modificar la letra b) del punto 1, conforme a lo propuesto en las observaciones 5, 6 y 7 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

#### **Enmienda n.º 6**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 2 del artículo 7. Coordinación y cooperación interdisciplinar.

Donde dice:

Artículo 7. Coordinación y cooperación interdisciplinar.

2. Para el intercambio de información y la derivación entre sistemas, por la Comisión Regional de Coordinación de la Atención Temprana se aprobará, en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente Proposición de ley, un protocolo de coordinación de atención temprana que

respetará en todo caso la normativa vigente en esta materia.

Debe decir:

2. Para el intercambio de información y la derivación entre sistemas, la Comisión Regional de Coordinación de la Atención Temprana aprobará un protocolo de coordinación de atención temprana, y se implementará un sistema informático de atención temprana, que permita a los agentes implicados conocer la información necesaria para una atención integral y de calidad al menor y a su familia.

Justificación: se propone modificar el punto 2, conforme a lo propuesto en la observación 8 del informe emitido por los Servicios Jurídicos, estableciendo a través de una disposición final el plazo para la aprobación del protocolo y la implementación del sistema informático.

### **Enmienda n.º 7**

Enmienda de modificación.

Se modifica el apartado d) del punto 1 del artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

Donde dice:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

d) La Elaboración y aprobación, cada cuatro años, de un Plan Regional Integral de Atención Temprana, como un instrumento participativo y público con intervención de los agentes afectados. Asimismo, le corresponde el seguimiento, evaluación y, en su caso, revisión del mencionado Plan Regional. Tanto para su aprobación como para su evaluación y revisión, el Plan Regional Integral de Atención Temprana requerirá informe previo de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana.

En este Plan existirá una dotación específica dirigida a la investigación y a la formación de los profesionales educativos, de los servicios sociales y de sanidad en materia de Atención Temprana.

El primer Plan Regional Integral de Atención Temprana será aprobado en el año siguiente a la entrada en vigor de la presente Proposición de ley.

La elaboración del Plan Regional Integral de Atención Temprana se realizará siguiendo las previsiones establecidas por el Anexo II del Acuerdo de la Comisión Interterritorial del SAAD para el Plan de Atención Integral a Menores de tres años, que deberá incluir los siguientes elementos:

1. Desarrollo de un marco normativo básico.
2. Información y sensibilización de la sociedad.
3. Prevención.
4. Coordinación.
5. Participación y apoyo familiar.
6. Prestaciones y servicios.
7. Calidad.
8. Formación.
9. Investigación e innovación.

Debe decir:

Artículo 8. Competencias y actuaciones en el ámbito de servicios sociales.

d) La elaboración y aprobación, cada cuatro años, de un Plan Regional Integral de Atención Temprana, como un instrumento participativo y público con intervención de los agentes afectados. Asimismo, le corresponde el seguimiento, evaluación y, en su caso, revisión del mencionado Plan Regional. Tanto para su aprobación como para su evaluación y revisión, el Plan Regional Integral de Atención Temprana requerirá informe previo de la Comisión Regional de Coordinación de Atención Temprana.

En este Plan existirá una dotación específica dirigida a la investigación y a la formación de los

profesionales educativos, de los servicios sociales y de sanidad en materia de Atención Temprana. La elaboración del Plan Regional Integral de Atención Temprana se realizará siguiendo las previsiones establecidas por el Anexo II del Acuerdo de 4 de julio de 2013 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los planes de atención integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

Justificación: se propone modificar la letra d) del punto 1, conforme a lo propuesto en las observaciones 11 y 12 del informe emitido por los Servicios Jurídicos, y remitir a una disposición adicional el plazo máximo establecido, conforme a la observación 8.

### **Enmienda n.º 8**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 2 del artículo 12. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP).

Donde dice:

Artículo 12. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP).

2. Los EOEP de atención temprana específicos intervienen con menores de 0-3 años, mientras que los EOEP de sector intervienen con los menores de 3-6 años, de conformidad con la Orden de 24 de noviembre de 2006, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, y el resto de normativa aplicable a los EOEP.

Debe decir:

Artículo 12. Equipos de orientación educativa y psicopedagógica (EOEP).

2. Los EOEP de atención temprana intervienen con menores de 0-3 años, mientras que los EOEP de sector y los específicos intervienen con los menores de 3-6 años, de conformidad con la Orden de 24 de noviembre de 2006, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, y el resto de normativa aplicable a los EOEP.

Justificación: se propone modificar el punto 2, conforme a lo propuesto en la observación 14 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

### **Enmienda n.º 9**

Enmienda de modificación:

Se modifica el punto 2 del artículo 13. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT).

Donde dice:

Artículo 13. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Red Pública de Servicios Sociales (CDIAT).

2. Los CDIAT se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la intervención de servicios sociales especializados de atención temprana del menor, su familia y su entorno, en colaboración y coordinación con los recursos de los demás sistemas implicados, de acuerdo con el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT), elaborado por el centro, según lo contemplado en el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y módulo de intervención, y constituyen el núcleo de distribución de las acciones previstas en el artículo 14 del la presente Proposición de ley, en relación con el niño, la familia, el entorno y la calidad del programa.

Debe decir:

2. Los CDIAT se configuran como recursos específicos para llevar a cabo la ejecución de la

intervención de servicios sociales especializados de atención temprana del menor, su familia y su entorno, en colaboración y coordinación con los recursos de los demás sistemas implicados, de acuerdo con el Plan Individual de Atención Temprana (PIAT), elaborado por el equipo técnico del centro, según lo contemplado en el informe de valoración técnica de necesidad de atención temprana y módulo de intervención, y constituyen el núcleo de distribución de las acciones previstas en el artículo 14 de la presente ley, en relación con el niño, la familia, el entorno y la calidad del programa.

Justificación: se propone modificar el punto 2 conforme a lo propuesto en la observación 15 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

### **Enmienda n.º 10**

Enmienda de modificación.

Se modifica el apartado j) del punto 1 del artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

Donde dice:

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

j) Cuantos otros tratamientos o intervenciones que, en función de las nuevas necesidades específicas detectadas, determine la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana, debiendo, en este caso, completarse o modificarse por dicha Comisión el baremo recogido en el anexo de este la presente Proposición de ley.

Debe decir:

j) Cuantos otros tratamientos o intervenciones que, en función de las nuevas necesidades específicas detectadas, determine la Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana.

Justificación: se propone modificar el apartado j), conforme a lo propuesto en la observación 16 del informe emitido por los Servicios Jurídicos, eliminando las referencias al baremo recogido como anexo. Se establece que el baremo deba ser aprobado mediante orden conjunta de las 3 consejerías implicadas.

### **Enmienda n.º 11**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 3 del artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

Donde dice:

Artículo 14. Intervención por servicios sociales especializados en atención temprana.

3. La intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme al baremo que se incluye como anexo en la presente Proposición de ley.

Las intervenciones con los menores y sus familias podrán realizarse en sesiones individuales o grupales.

Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo, ya sean grupales o individuales, deberán recogerse en el PIAT.

Debe decir:

3. La intervención de los servicios sociales especializados de atención temprana se asignará en las sesiones de tratamiento que requieran el menor y su familia, conforme al baremo establecido. Este baremo deberá ser aprobado mediante orden conjunta de las consejerías competentes en materia de sanidad, servicios sociales y educación, a propuesta de la Comisión Técnica de Atención Temprana.

Las intervenciones con los menores y sus familias podrán realizarse en sesiones individuales o



grupales.

Todas las intervenciones que correspondan conforme al baremo, ya sean grupales o individuales, deberán recogerse en el PIAT.

Justificación: se propone modificar el punto 3, conforme a lo propuesto en la observación 16 del informe emitido por los Servicios Jurídicos, eliminando las referencias al baremo recogido como anexo. Se establece que el baremo deba ser aprobado mediante orden conjunta de las 3 consejerías implicadas.

### **Enmienda n.º 12**

Enmienda de modificación.

Se modifica el apartado e) del artículo 17.2., Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana.

Donde dice:

Artículo 17. Comisión Regional de Coordinación en Atención Temprana.

e) Aprobar protocolos de coordinación y derivación entre los tres sistemas.

Debe decir:

e) Aprobar el protocolo de coordinación de atención temprana previsto en el artículo 7.

Justificación: se propone modificar el apartado e) del punto 2, conforme a lo propuesto en la observación 9 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

### **Enmienda n.º 13**

Enmienda de modificación.

Artículo 19. Procedimiento ordinario y medidas provisionales de intervención.

Donde dice:

Artículo 19. Procedimiento ordinario y medidas provisionales de intervención en atención temprana.

1. Procedimiento ordinario:

a) El procedimiento se iniciará a instancia de los padres o del representante legal del menor por cualquiera de los medios previstos en el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, una vez detectada la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación realizado por profesionales de los servicios sociales, sanitarios o educativos.

b) La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS será el órgano encargado de la instrucción y la resolución del procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana y del derecho al SEDIAT.

2. Medidas provisionales de intervención en atención temprana.

Las familias, la dirección de los CDIAT o los profesionales de derivación podrán dirigirse a la Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad para que se inicie provisionalmente la intervención por motivos educativos, sanitarios o sociales, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 56 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, hasta tanto en cuanto no se resuelva el procedimiento establecido.

Debe decir:

1. El procedimiento se iniciará a solicitud de los padres o representantes legales del menor, cuando profesionales de los servicios sociales, sanitarios o educativos detecten la necesidad de servicios de atención temprana mediante el correspondiente informe de derivación. Junto a la

solicitud se deberá acompañar el informe del servicio de pediatría, relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social.

2. La Dirección General competente en gestión de centros de atención a personas con discapacidad del IMAS instruirá y resolverá el procedimiento de reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana y del derecho al SEDIAT.

3. Cuando el servicio de pediatría determine la necesidad de intervención inmediata, las familias, la dirección de los CDIAT y los profesionales de derivación podrán solicitar el inicio provisional de la intervención, hasta que se resuelva el procedimiento, de acuerdo con el artículo 56 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Justificación: se propone una nueva redacción, más sencilla, y que incorpora la necesidad de incluir el informe de pediatría junto con la solicitud.

#### **Enmienda n.º 14**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 1 del artículo 20. Documentación.

Donde dice:

Artículo 20. Documentación.

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten.

Especialmente, se recabará de oficio el estudio diagnóstico del servicio público de pediatría correspondiente relativo a la concurrencia de indicadores de riesgo biológico o social que justifiquen que el menor deba ser valorado por los EOEP.

Debe decir:

1. En el procedimiento se contará de oficio, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, con los datos del menor y sus padres o representantes legales relativos a la identificación, domicilio, patria potestad o representación, derivación del sistema desde el que sea remitido, así como los datos médicos, sociales, psicológicos y pedagógicos que, respecto al menor, las Administraciones Públicas cuenten.

Justificación: se propone eliminar la mención al informe del servicio de pediatría (incorporada en el artículo 19).

#### **Enmienda n.º 15**

Enmienda de modificación.

Artículo 22.2. Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

Donde dice:

Artículo 22. Reconocimiento de la necesidad de servicios especializados de atención temprana.

2. Transcurrida la suma de ambos plazos, sin dictarse y notificarse resolución alguna, el interesado podrá entender desestimada su solicitud por silencio administrativo, de conformidad con el artículo 3 de la Ley 1/2002, de 20 de marzo, de Adecuación de los Procedimientos de la Administración Regional de Murcia a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en aplicación de la Disposición adicional primera de la Ley 3/2003, de 10 de abril.

Debe decir:

2. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución de concesión o denegación del SEDIAT será de 40 días a contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 19.2 de la presente ley.

Durante la tramitación del procedimiento, se podrán adoptar de oficio las medidas provisionales previstas en el artículo 19.3.

Transcurrido dicho plazo sin dictarse y notificarse resolución alguna, podrá entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo.

Justificación: se propone modificar el punto 2, conforme a lo propuesto en la observación 18 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

### **Enmienda n.º 16**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 1 del artículo 23. Incorporación al CDIAT, Plan Individual de Atención Temprana (PIAT).

Donde dice:

Artículo 23. Incorporación al CDIAT. Plan Individual de Atención Temprana (PIAT).

1. Una vez concedido un CDIAT, la incorporación del menor al servicio deberá producirse en el plazo de 6 días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la resolución. Transcurrido dicho plazo sin que el menor haya procedido al ingreso, y sin que durante el mismo se haya formulado alegación alguna que justifique su incomparecencia, se le tendrá por decaído en su derecho al ingreso mediante resolución dictada al efecto. En este supuesto, se tendrá en cuenta, si procede, lo dispuesto en el artículo 16.2 de la presente Proposición de ley.

Debe decir:

1. Una vez reconocido el derecho al SEDIAT, la incorporación del menor al CDIAT deberá producirse en el plazo más breve posible, como máximo de un mes contado a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la resolución. En el supuesto de no efectuarse la incorporación del menor en el CDIAT, se tendrá en cuenta, si procede, lo dispuesto en el artículo 16.2 de la presente ley.

Justificación: se propone una nueva redacción, más sencilla, que además amplía el plazo para la incorporación al CDIAT.

### **Enmienda n.º 17**

Enmienda de modificación.

Se modifica el punto 1 de la disposición transitoria única. Régimen transitorio.

Donde dice:

Disposición transitoria única. Régimen transitorio.

1. Los menores de seis años que a la fecha de entrada en vigor de la presente Proposición de ley se encuentren recibiendo servicios de atención temprana en alguno de los centros financiados mediante subvención por parte del IMAS o mediante prestación económica vinculada al servicio dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, podrán continuar acudiendo al CDIAT del que son usuarios para recibir las mismas intervenciones y número de horas que vengán recibiendo en dichos centros. No obstante lo anterior, a través del procedimiento transitorio regulado en la presente disposición en ningún caso podrá reconocerse una intensidad superior al módulo A establecido por el anexo de la presente Proposición de ley.

Debe decir:

1. Los menores de seis años que a la fecha de entrada en vigor de esta ley se encuentren recibiendo servicios de atención temprana en alguno de los centros financiados mediante subvención por parte del IMAS o mediante prestación económica vinculada al servicio dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, podrán continuar acudiendo al CDIAT del que son usuarios para recibir las mismas intervenciones y número de horas que vengan recibiendo en dichos centros.

Justificación: se propone eliminar la referencia al baremo.

#### **Enmienda n.º 18**

Enmienda de adición.

Se añade una nueva disposición final.

Disposición final xxx. Protocolo de coordinación de atención temprana.

En el plazo máximo de seis meses desde la entrada en vigor de la presente ley, la Comisión Regional de Coordinación de la Atención Temprana aprobará el Protocolo de coordinación de atención temprana al que hace referencia el artículo 7.2. En el mismo plazo deberá estar implementado el sistema informático de atención temprana previsto en el mismo apartado.

Justificación: se propone añadir esta disposición final, conforme a lo propuesto en la observación 8 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

#### **Enmienda n.º 19**

Enmienda de adición.

Se añade una nueva disposición final.

Disposición final xxx. Plan Regional Integral de Atención Temprana.

En el plazo máximo de doce meses desde la entrada en vigor de la presente ley, se aprobará el primer Plan Regional Integral de Atención Temprana.

Justificación: se propone añadir esta disposición final, conforme a lo propuesto en la observación 8 del informe emitido por los Servicios Jurídicos.

#### **Enmienda n.º 20**

Enmienda de modificación.

Disposición final décima. Entrada en vigor.

Donde dice:

Disposición final décima. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Debe decir:

Disposición final décima. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor a los 6 meses de su publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia.

Justificación: se introduce este margen temporal para la confección del sistema informático necesario y la aprobación definitiva del baremo.

#### **Enmienda n.º 21**

Enmienda de supresión.

Se propone eliminar el el Anexo I. Baremo.

Justificación: dado el claro carácter técnico y la necesaria flexibilidad que requiere el baremo para poder ser modificado, carece de sentido que se establezca por una norma con rango de ley. En el artículo 14.3 propuesto, el baremo será aprobado por una orden conjunta de las tres consejerías implicadas, previa elaboración por la Comisión Técnica.

#### **Enmienda n.º 22**

Enmienda de supresión.

Se propone eliminar el Anexo II. Instrucciones para la aplicación del baremo.

Justificación: dado el claro carácter técnico y la necesaria flexibilidad que requiere el baremo para poder ser modificado, carece de sentido que se establezca por una norma con rango de ley. En el artículo 14.3 propuesto, el baremo será aprobado por una orden conjunta de las tres consejerías implicadas, previa elaboración por la Comisión Técnica.

**RELACIÓN DEFINITIVA DE ENMIENDAS FORMULADAS A LA PROPOSICIÓN DE LEY 34, POR LA QUE SE REGULA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN TEMPRANA EN LA REGIÓN DE MURCIA.**

**Artículo 1**

Enmienda n.º 1 del G.P. Mixto (X-13841), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 1 del G.P. Vox (X-13758), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 1 del G.P. Socialista (X-13721), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 2 del G.P. Vox (X-13759), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 2 del G.P. Mixto (X-13799), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 42 del G.P. Mixto (X-13846), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 2**

Enmienda n.º 2 del G.P. Socialista (X-13722), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 3 del G.P. Vox (X-13760), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 3 del G.P. Mixto (X-13811), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 43 del G.P. Mixto (X-13847), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 3**

Enmienda n.º 3 del G.P. Socialista (X-13723), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 4 del G.P. Socialista (X-13724), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 4 del G.P. Vox (X-13761), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 4 del G.P. Mixto (X-13812), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 44 del G.P. Mixto (X-13849), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 4**

Enmienda n.º 5 del G.P. Socialista (X-13725), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 5 del G.P. Vox (X-13762), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 5 del G.P. Mixto (X-13800), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 45 del G.P. Mixto (X-13851), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 5**

Enmienda n.º 8 del G.P. Socialista (X-13728), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 6 del G.P. Vox (X-13763), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 6 del G.P. Mixto (X-13813), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 7 del G.P. Vox (X-13764), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 9 del G.P. Socialista (X-13729), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 8 del G.P. Vox (X-13765), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 7 del G.P. Mixto (X-13835), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 9 del G.P. Vox (X-13766), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 8 del G.P. Mixto (X-13819), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 10 del G.P. Vox (X-13767), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 9 del G.P. Mixto (X-13836), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 10 del G.P. Socialista (X-13730), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 11 del G.P. Vox (X-13768), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 10 del G.P. Mixto (X-13802), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 12 del G.P. Vox (X-13769), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 11 del G.P. Mixto (X-13801), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 46 del G.P. Mixto (X-13852), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 6 del G.P. Socialista (X-13726), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 7 del G.P. Socialista (X-13727), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

**Artículo 6**

Enmienda n.º 11 del G.P. Socialista (X-13731), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 12 del G.P. Mixto (X-13809), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 47 del G.P. Mixto (X-13853), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 2 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13867), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 12 del G.P. Socialista (X-13732), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 13 del G.P. Socialista (X-13733), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 13 del G.P. Mixto (X-13803), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 5 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13865), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmiendas n.º 3 y 4 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13863 y X-13859), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 14 del G.P. Socialista (X-13734), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 14 del G.P. Mixto (X-13804), formulada por D.ª María Marín Martínez.

#### **Artículo 7**

Enmienda n.º 15 del G.P. Socialista (X-13735), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 6 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13870), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 16 del G.P. Socialista (X-13736), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 15 del G.P. Mixto (X-13837), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 48 del G.P. Mixto (X-13854), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

#### **Artículo 8**

Enmienda n.º 17 del G.P. Socialista (X-13737), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 16 del G.P. Mixto (X-13806), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 18 del G.P. Socialista (X-13738), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 13 del G.P. Vox (X-13770), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 17 del G.P. Mixto (X-13838), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 49 del G.P. Mixto (X-13855), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 7 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13872), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.



Enmienda n.º 14 del G.P. Vox (X-13771), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 18 del G.P. Mixto (X-13796), formulada por D.ª María Marín Martínez.

### **Artículo 9**

Enmienda n.º 19 del G.P. Socialista (X-13739), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 20 del G.P. Socialista (X-13740), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 15 del G.P. Vox (X-13772), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 16 del G.P. Vox (X-13773), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 50 del G.P. Mixto (X-13857), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

### **Artículo 10**

Enmienda n.º 21 del G.P. Socialista (X-13742), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 17 del G.P. Vox (X-13774), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 22 del G.P. Socialista (X-13741), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 23 del G.P. Socialista (X-13743), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 18 del G.P. Vox (X-13775), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 51 del G.P. Mixto (X-13861), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

### **Artículo 11**

Enmienda n.º 19 del G.P. Vox (X-13776), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 19 del G.P. Mixto (X-13810), formulada por D.ª María Marín Martínez.

### **Artículo 12**

Enmienda n.º 20 del G.P. Vox (X-13777), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 20 del G.P. Mixto (X-13843), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 52 del G.P. Mixto (X-13864), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 60 del G.P. Mixto (X-13890), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 8 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13873), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

**Artículo 13**

Enmienda n.º 21 del G.P. Mixto (X-13839), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 22 del G.P. Mixto (X-13797), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 9 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13874), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 23 del G.P. Mixto (X-13840), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 24 del G.P. Mixto (X-13798), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 53 del G.P. Mixto (X-13866), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 14**

Enmienda n.º 24 del G.P. Socialista (X-13744), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 10 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13876), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 25 del G.P. Socialista (X-13745), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 11 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13875), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 21 del G.P. Vox (X-13778), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 25 del G.P. Mixto (X-13821), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 54 del G.P. Mixto (X-13869), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 15**

Enmienda n.º 22 del G.P. Vox (X-13779), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 26 del G.P. Mixto (X-13823), formulada por D.ª María Marín Martínez.

**Artículo 16**

Enmienda n.º 23 del G.P. Vox (X-13780), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 27 del G.P. Mixto (X-13824), formulada por D.ª María Marín Martínez.

**Artículo 17**

Enmienda n.º 28 del G.P. Mixto (X-13826), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 24 del G.P. Vox (X-13781), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 12 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13877), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Artículo 18**

Enmienda n.º 26 del G.P. Socialista (X-13746), formulada por D.<sup>a</sup> Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 25 del G.P. Vox (X-13782), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 29 del G.P. Mixto (X-13844), formulada por D.<sup>a</sup> María Marín Martínez.

Enmienda n.º 55 del G.P. Mixto (X-13871), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

### **Creación de nuevo artículo**

Enmienda n.º 1 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13858), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Artículo 19**

Enmienda n.º 26 del G.P. Vox (X-13783), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 30 del G.P. Mixto (X-13828), formulada por D.<sup>a</sup> María Marín Martínez.

Enmienda n.º 13 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13878), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 56 del G.P. Mixto (X-13886), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

### **Artículo 20**

Enmienda n.º 31 del G.P. Mixto (X-13829), formulada por D.<sup>a</sup> María Marín Martínez.

Enmienda n.º 32 del G.P. Mixto (X-13845), formulada por D.<sup>a</sup> María Marín Martínez.

Enmienda n.º 14 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13879), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 27 del G.P. Socialista (X-13747), formulada por D.<sup>a</sup> Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 27 del G.P. Vox (X-13784), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 57 del G.P. Mixto (X-13887), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Creación de nuevo artículo**

Enmienda n.º 32 del G.P. Socialista (X-13753), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

**Artículo 21**

Enmienda n.º 28 del G.P. Vox (X-13785), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 33 del G.P. Mixto (X-13830), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 28 del G.P. Socialista (X-13748), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 41 del G.P. Mixto (X-13842)), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

**Artículo 22**

Enmienda n.º 29 del G.P. Socialista (X-13749), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 29 del G.P. Vox (X-13786), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 34 del G.P. Mixto (X-13831), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 58 del G.P. Mixto (X-13888), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

Enmienda n.º 15 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13880), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

**Artículo 23**

Enmienda n.º 35 del G.P. Mixto (X-13848), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 16 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13881), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

Enmienda n.º 30 del G.P. Vox (X-13787), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

**Artículo 25**

Enmienda n.º 30 del G.P. Socialista (X-13750), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 31 del G.P. Socialista (X-13751), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 31 del G.P. Vox (X-13788), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 36 del G.P. Mixto (X-13832), formulada por D.ª María Marín Martínez.

**Artículo 26**

Enmienda n.º 33 del G.P. Socialista (X-13752), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 32 del G.P. Vox (X-13789), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 37 del G.P. Mixto (X-13833), formulada por D.ª María Marín Martínez.

### **Artículo 27**

Enmienda n.º 33 del G.P. Vox (X-13790), formulada por D. Pascual Salvador Hernández.

Enmienda n.º 38 del G.P. Mixto (X-13834), formulada por D.ª María Marín Martínez.

Enmienda n.º 59 del G.P. Mixto (X-13889), formulada por D. Juan José Molina Gallardo.

### **Creación nuevo capítulo**

Enmienda n.º 39 del G.P. Mixto (X-13807), formulada por D.ª María Marín Martínez.

### **Creación nuevo capítulo**

Enmienda n.º 40 del G.P. Mixto (X-13808), formulada por D.ª María Marín Martínez.

### **Disposición transitoria única**

Enmienda n.º 17 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13882), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Creación de nueva disposición final**

Enmienda n.º 18 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13860), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Creación de nueva disposición final**

Enmienda n.º 19 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13862), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Disposición final décima**

Enmienda n.º 20 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13883), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

### **Anexo I**

Enmienda n.º 34 del G.P. Socialista (X-13754), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.

Enmienda n.º 21 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13884), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

**Anexo II**

Enmienda n.º 22 de los G.P. Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía y Popular (X-13885), formulada por D. Francisco Álvarez García y D. Joaquín Segado Martínez.

**Todo el texto**

Enmienda n.º 35 del G.P. Socialista (X-13755), formulada por D.ª Antonia Abenza Campuzano.