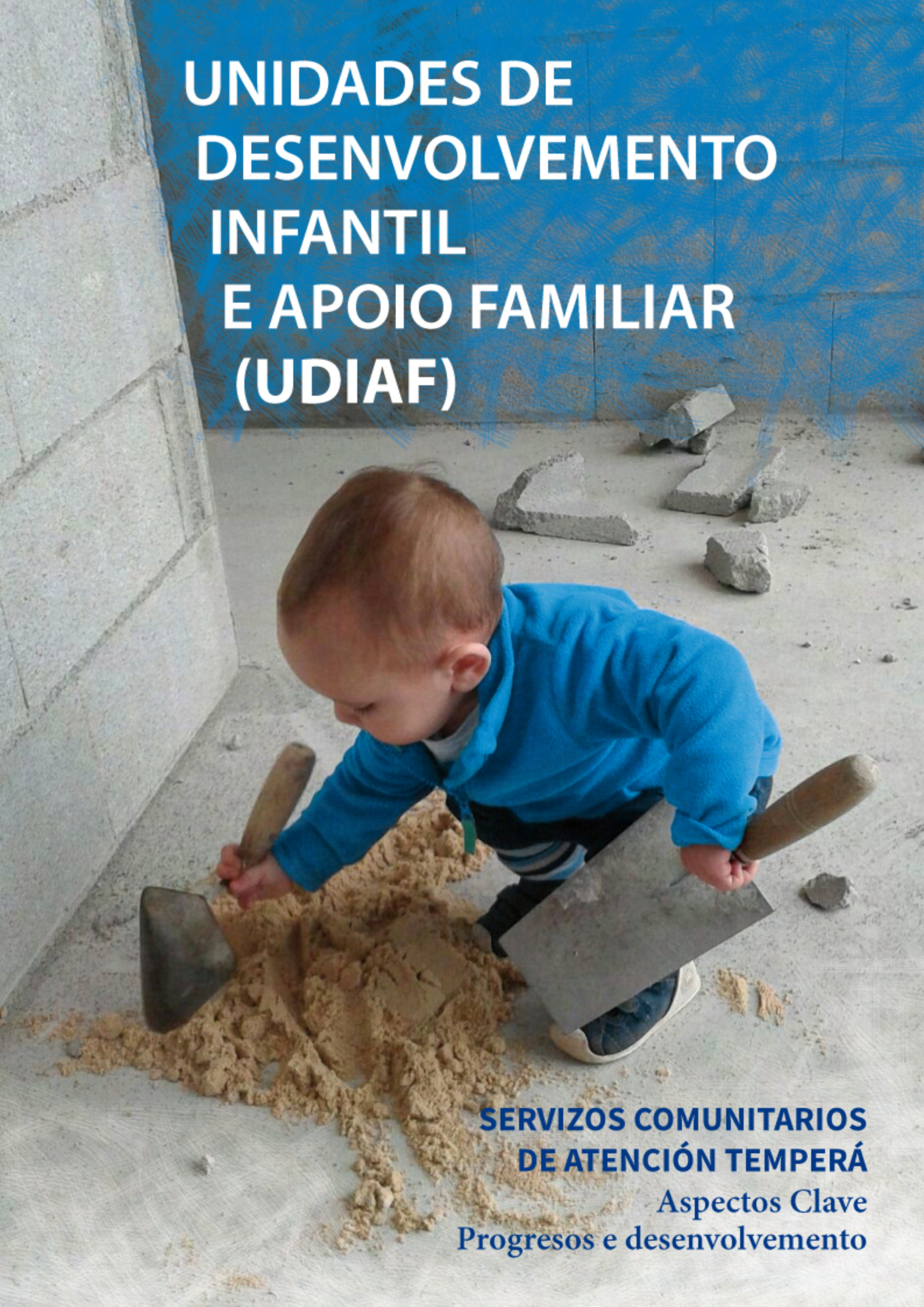
# UNIDADES DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL E APOIO FAMILIAR (UDIAF)



## SERVIZOS COMUNITARIOS DE ATENCIÓN TEMPERÁ

Aspectos Clave

Progresos e desenvolvemento

# UNIDADES DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL E APOIO FAMILIAR
# Servizos comunitarios de Atención Temperá

**Aspectos Clave. Progresos e Desenvolvemento**

Edita
Asociación Galega de Atención Temperá
R/Carmen 39-41 2º Esq. 15401 Ferrol

Tlfno. 698124611
Correo-e: agat@atenciontemprana.com
URL: http://www.atenciontemprana.com

Autores
Redacción informe:
- Jaime Ponte, Coordinador UDIAFS

Colaboradores
- Luisa Fernanda Arís, Vocal de Formación da AGAT
- Gema Martínez, Coordinadora UDIAF Salnés
- Carmen Piñeiro, Logopeda UDIAF Salnés
- Montse Meis, Psicomotricista UDIAF Salnés
- Maia García, Coordinadora UDIAF Deza
- Marián Esparís, Psicomotricista UDIAF Deza
- Lucía Formoso, Logopeda UDIAF Deza
- Yaiza Antelo, Coordinadora UDIAF Bergantiños
- Saloa Arrugaeta, Psicomotricista UDIAF Bergantiños
- Mª Ángeles Pérez, Logopeda UDIAF Bergantiños
- Inmaculada Giráldez, Psicomotricista UDIAF Bergantiños

Deseño, Maquetación e Producción
Jose @ indicalo

Dep. Legal
C-751-2016

# ÍNDICE


1. Limiar . . . . . 5
2. Introducción . . . . . 7
3. Obxectivos . . . . . 11
4. Contextualización . . . . . 13
5. Metodoloxía . . . . . 27
6. Resultados por indicadores . . . . . 32
7. Discusión . . . . . 42
8. Conclusións . . . . . 67
9. Recomendacións . . . . . 70
10. Bibliografía . . . . . 75
11. Anexos . . . . . 83
11.1. Anexo A. Glosario de actuacións . . . . . 84
11.2. Anexo B. Tipoloxía da demanda . . . . . 86
11.3. Anexo C. Proceso de Atención Temperá . . . . . 88
11.4. Anexo D. Cadro de mando de indicadores . . . . . 94
11.5. Anexo E. Contrato asistencial . . . . . 105
11.6. Anexo F. Modelo de informe de situación . . . . . 109
12. táboas e ilustracións, Índice de . . . . . 111

**UNIDADES DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL E APOIO FAMILIAR**
**Servizos comunitarios de Atención Temperá**
Aspectos Clave. Progresos e Desenvolvemento

O presente Informe foi realizado no marco do convenio de colaboración entre a Xunta de Galicia e a Asociación Galega de Atención Temperá para contribuír ao financiamento dun “SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN TEMPERÁ A NENOS/AS/AS CON DISCAPACIDADES E AS SÚAS FAMILIAS”, convenio asinado o día 8 de Abril de 2015.

# LIMIAR

A sociedade de hoxe é cada vez máis consciente da importancia da primeira infancia como unha etapa clave da vida e da transcendencia de facilitar unha boa experiencia de crianza e socialización para todas as familias, para todos os nenos e nenas.

Neste marco comprensivo inscríbese o compromiso asumido pola Asociación Galega de Atención Temperá para impulsar, mediante convenio e financiación da Consellería de Política Social da Xunta de Galicia, unha experiencia asistencial e de investigación como a que se relata nas páxinas seguintes. A implantación de tres Unidades de Desenvolvemento Infantil e Apoio Familiar, en adiante UDIAF, nas comarcas do Deza e do Salnés e posteriormente en Bergantiños responde á vontade de poñer a disposición das familias, na proximidade do seu domicilio e do seu traballo, os recursos que lles permitan complementar e mellorar o apoio que xa prestan aos seus fillos, sen diminución das súas oportunidades laborais, educativas ou de vida social, seguindo así os principios do Decreto 183/2013, de 5 de decembro, polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá.

Este proxecto inscríbese nunha estratexia de estudo cuantitativo e cualitativo das necesidades dos nenos e das familias en ámbitos territoriais definidos co obxecto de investigar procesos e metodoloxías, obter resultados e coñecer os niveis de satisfacción das familias, contribuíndo a perfilar un dispositivo tipo cos servizos máis necesarios, os indicadores de seguimento da súa xestión e os perfís formativos idóneos dos profesionais.

A experiencia das UDIAFS amosa, como reclama o Decreto antes citado, a importancia de contar con servizos de proximidade e fórmulas de traballo transversais, interdisciplinarias, de coordinación e xeración de sinerxías entre o conxunto de recursos que se moven ao redor das familias.

Agradecemos aos equipos das UDIAFS así como aos concellos, institucións e profesionais das comarcas do Deza, do Salnés e Bergantiños a excelente acollida ofrecida a este proxecto e o traballo realizado ata o de agora, que, indubidablemente, constituirá unha referencia no proceso de avance cara a consolidación e universalización da atención temperá, a promoción da autonomía e a prevención da dependencia nos máis cativos.

Teresa Busto

*Presidenta da AGAT*

# INTRODUCCIÓN

A etapa 0-6 ten unha significación determinante para todo o ciclo vital (Shonkoff & Phillips, 2000). E nesa etapa as relacións sociais son decisivas. As relacións sociais guían os procesos axiais de vinculación e apego (Bowlby, 1993; Brazelton & Cramer 1993; Fogel, 1993; Spitz, 1997; Pikler, 2000), de separación e individuación (Mahler, 1977), de despregue da intelixencia (Piaget, 1946, 1947) de socialización secundaria, autoregulación e formación da conciencia moral (Piaget, 1934, Vigotsky, 1986, Rochat 2001, 2009, 2014; Magaluzzi, 2000; Rodríguez, 2006). As evidencias da correlación entre un bo andamiaxe parental e un bo desenvolvemento persoal (Wood, Bruner & Ross, 1976; Barlow, Parsons y Stewart-Brown, 2005), son concluíntes. Nos últimos anos estas evidencias están sendo confirmadas ao nivel molecular polos estudos da neurobioloxía das relacións interpersoais, a epixenética e a interacción entre xenes e ambiente (National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Pero tamén ao nivel econométrico, como pon de manifesto o Premio Nobel J. Heckman. A inversión en bos coidados, boa educación e boa socialización na primeira infancia produce enormes beneficios en termos de capital social (Cunha & Heckman, 2010, Heckman 2014). Tal e como sinalara a predición dos demógrafos (Hernández, 1995), unha das sinais de identidade das sociedades máis prósperas deste século está a ser e será a súa política de apoio á primeira infancia.

As relacións sociais son aínda máis importantes no desenvolvemento cando un neno ou nena ten que afrontar un itinerario de adversidade (Mahoney 1998, 2005, 2006). Os nenos e as nenas agradecen e devolven con creces o interese e a dedicación dos seus maiores e da súa comunidade. Xa hai anos que se ven demostrando a eficacia da Atención Temperá no curto e longo prazo (Guralnick, 1997; Karoly et al., 1998; Barnett et al., 2007; KPMG, 2011) e a eficiencia desa inversión (Melhuish, 2003; Schweinhart, 2004; Karoly, Kilburn y Cannon, 2005). Jack Shonkoff, director do prestixioso Child Development Center da Universidade de Harvard ten resumido con rigor a importancia do apoio precoz para superar as fendas de desvantaxe e exclusión social xeradas polas situacións de adversidade biopsicosocial (Shonkoff, 2010, 2014).

A socialización inclusiva dos nenos/as con problemas no desenvolvemento é unha tarefa cada vez máis complexa (Moore, 2008) polos cambios que se están a producir no itinerario vital dos nenos dende que nacen ata que ingresan na escola obrigatoria aos 6 anos.

A prematuridade, o baixo peso ou a pobreza ambiental ameazan a condición de saúde dos nenos. Os novos contextos evolutivos producidos pola transformación das familias, a fraxilidade da cultura de crianza, a incorporación precoz á escola,...dificultan a miúdo as funcións da familia e o desenvolvemento persoal. A bioloxía, a cultura, os contextos e relacións sociais, as actitudes, incorporan tantos factores sobre o proceso evolutivo que os servizos de Atención Temperá implántanse e discorren as veces por situacións de adversidade nas que o traballo faise especialmente complexo (Goodwin & Duranti 1992; Meisels & Atkins-Burnet, 2000).

Cando unha familia e un neno teñen que afrontar itinerarios evolutivos adversos e cargados de factores de estrés (MacConachie, 1997; Sloper 2006) moitas veces séntense impotentes para saber orientarse e atopar un recurso no que acollerse, transmitir as súas preocupacións

e obter os apoios que precisa sen interferencias de outros intereses que non sexan os seus (Rosenbaum 1998; Perpiñán, 2009). Neste sentido hai que reflexionar sobre a multiplicación as veces imprudente de opinións, consellos e xuízos profesionais tanto nos servizos públicos como privados. O estilo de crianza, a estimulación cognitiva, a intelixencia, as emocións, a educación temperá, o xogo, a propia Atención Temperá, os parques de ocio, todo o que ten que ver coa primeira infancia forma parte dun mercado ascendente no que se compite pola imaxe profesional, o interese corporativo ou o simple negocio sen que moitas veces sexamos conscientes dos danos de alcance que pode producir a precipitación informativa ou diagnóstica ante unha poboación desorientada e inerme.

Por iso, cando a investigación ofrece tantas evidencias dos retornos persoais, familiares e sociais que produce unha boa intervención temperá así como das claves que soportan a eficacia das anteditas actuacións, non debemos de esquecer que no mundo de hoxe, hai unha clave do éxito desas intervencións, que case ben sendo unha clave de bóveda: a actitude ética, científica, solidaria e cooperativa dos recursos sociais que traballan a prol dos nenos/as e as súas familias (OECD, 2001).

Os servizos de Atención Temperá son, polo tanto, servizos moi esixentes en canto as competencias persoais, a cualificación profesional e a capacidade de xestión que deben adquirir, saber exercer e saber transmitir os seus profesionais (Eurlyaid,1992, Moore 2012).

Os servizos de Atención Temperá afrontan responsabilidades e dilemas éticos certamente difíciles mentres acompañan e informan as familias ou colaboran con outros recursos na toma de decisións nunha etapa fundacional e crítica da vida.

Os servizos de Atención Temperá requiren unha comprensión integral do despregue evolutivo humano na etapa de 0 a 6 anos en condicións na que cada caso é único e as circunstancias variables e cambiantes, a maioría das veces adversas. Circunstancias que reclaman unha actitude aberta á actualización, a formación en novos coñecementos ou a incorporación doutras perspectivas, moitas veces perspectivas ou crenzas moi diferentes ás propias e que as veces resultan pouco comprensibles ou estrañas.

Na súa práctica os servizos de Atención Temperá entran en contacto con situacións nas que resulta difícil identificar e medir cualitativa e cuantitativamente os ámbitos de beneficio ou perda, os beneficiarios ou os perdedores das intervencións, os motivos da efectividade ou da eficiencia respecto da financiación que se lle destina e os recursos de que se dispón.

AGAT, Asociación Galega de Atención Temperá, dende a súa fundación en 1997, traballa a prol da creación dunha Rede Galega de servizos de Atención Temperá pública e gratuíta que sexa quen de afrontar algúns dos retos que emerxen desa complexidade e dar conta transparente do beneficio social e os aprendizaxes que xera na súa actividade. No seo da Federación Estatal GAT, AGAT ten colaborado co Real Padroado na redacción do Libro Branco, as Recomendación Técnicas e a Organización Diagnóstica en Atención Temperá (Real Padroado de Atención a Discapacidade, 2000, 2003, 2004) e a través do programa INTER do IMSERSO na elaboración da primeira Guía de Estándares de Calidade en Atención Temperá (IMSERSO, 2004).

AGAT colabora activamente coa Xunta de Galicia dende hai anos nos traballos de articulación do novo marco normativo (Decreto 183/2013, polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá) e metodolóxico de actuación (Protocolo conxunto de Coordinación, Intervención e Derivación en Atención Temperá). Unha colaboración que se nutre da experiencia obtida durante anos polos profesionais galegos nos seus respectivos servizos e que facilitaron a formalización do convenio que deu lugar ao nacemento das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Apoio Familiar (UDIAF).

Grazas a este convenio e a financiación e respaldo da Xunta de Galicia e das administracións locais nas que se domiciliaron as unidades creáronse as UDIAF do Deza, Salnés e Bergantiños cun dobre obxectivo:

1. Cubrir o baleiro asistencial existente nas mencionadas comarcas mediante dispositivos comunitarios públicos, gratuítos, de carácter preventivo-asistencial e dirixidos a proporcionar apoios centrados no desenvolvemento aos nenos/as, ás familias e aos recursos do contorno.

2. Desenvolver tarefas de avaliación e recollida de datos de carácter piloto que permitisen realizar un estudo cuantitativo e cualitativo da demanda efectiva nun ámbito territorial definido, experimentar procesos e metodoloxías, obter resultados e investigar os niveis de satisfacción das familias, contribuíndo a perfilar un dispositivo tipo cos servizos máis necesarios, os indicadores de seguimento da súa xestión e os perfís formativos dos profesionais.

Durante os últimos seis anos, como veremos máis adiante, as UDIAF veñen traballando nos seus respectivos territorios obtendo resultados excelentes nas enquisas de satisfacción dos seus usuarios, realizando diversos estudos e rendendo contas á Xunta de Galicia mes a mes e ano a ano da xestión realizada.

Neste informe faremos un resumo do percorrido cuberto ata o de agora e da evolución experimentada, deixando para o final algunhas conclusións e recomendacións, se ben xa adiantamos a relatividade das mesmas tendo en conta a limitación da experiencia, os cambios e adaptacións que as UDIAF deberon asumir nestes anos ao modificarse o seu ámbito inicial.

En todo caso, esperamos que o esforzo sirva como referencia ou contraste doutros semellantes pois somos conscientes da existencia dos demais servizos e experiencias que tamén integran a Rede Galega de Atención Temperá e que conxuntamente con esta deberían conformar a aportación profesional a un sistema de indicadores e acreditación como os que reclama o Decreto 183/2013.

# OBXECTIVOS

Son obxectivos do presente informe:

- **Describir e documentar** a experiencia das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Apoio Familiar do Deza, Salnés e Bergantiños dende a realidade contextual na que ten lugar.

- **Avaliar as estruturas**, os procesos e os resultados en relación coa poboación diana dos servizos, as funcións dos mesmos e os resultados obtidos en cumprimento das obrigas establecidas nos convenios asinados coa Consellería de Política Social da Xunta de Galicia e cos Concellos que acollen os servizos.

- **Ofrecer referencias** que dentro do marco de principios do Decreto 183/2013 de 5 de Decembro, de creación da Rede Galega de Atención Temperá sirvan para facilitar a xeración de mapas de necesidades, e o deseño e planificación de servizos comunitarios por parte das administracións públicas.

- **Orientar aos equipos** interdisciplinarios en relación ás competencias axiais na que formarse e os aspectos clave das prácticas a desenvolver na relación cos nenos/as, coas familias e cos recursos do contorno dentro do marco de procesos regulado polo Protocolo conxunto de Coordinación, Intervención e Derivación aprobado polo Consello Autonómico de Atención Temperá.

- **Facilitar ás familias** elementos informativos e formativos que melloren a súa comprensión do desenvolvemento infantil e da Atención Temperá e a súa participación activa no progreso evolutivos dos fillos.

- **Aportar ideas** e reflexións aos recursos das redes sociais, sanitarias e educativas que poidan contribuír á mellora do coñecemento mutuo e a sentar as bases para mellor coordinar o acceso das familias aos recursos e prestacións do conxunto das redes públicas, así como para facilitar a colaboración de todos na formalización dos Programas Personalizados de Intervención que deben guiar a inclusión social nos seus contornos de vida dos nenos e nenas en situación de desvantaxe social.

- **Ofrecer recomendacións** abertas ao contraste é a mellora por todos os grupos de interese comprometidos coa Atención Temperá

# CONTEXTUALIZACIÓN

As primeiras Unidades de Desenvolvemento Infantil e Apoio Familiar (UDIAFS), créanse no mes de xuño de 2009 nas comarcas do Deza e do Salnés na Provincia de Pontevedra a partir dun convenio asinado entre a Xunta de Galicia e a Asociación Galega de Atención Temperá. A súa creación responde ao interese compartido da Xunta de Galicia e da Asociación Galega de Profesionais da Atención Temperá (AGAT) por poñer en práctica un novo concepto da Atención Temperá baseado na prevención e promoción da autonomía persoal e na inclusión social mediante a prestación dos servizos na proximidade da familia e nos contornos naturais da vida dos nenos/as.

**MARCO XURÍDICO**

- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

- Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia.

- Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia.

- Decreto 99/2012, do 16 de marzo, polo que se regulan os servizos sociais comunitarios.

- Decreto 149/2013 de 5 de setembro, da carteira de servizos de prevención e promoción da autonomía persoal do sistema da dependencia.

- Decreto 183/2013, de 5 de decembro, polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá.

- Resolución conxunta do Consello Autonómico de Atención Temperá, de 18 de decembro de 2014 pola que se aproba o Protocolo de Coordinación, Intervención e Derivación.

## PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN E LIÑAS ESTRATÉXICAS

O proxecto UDIAF non se adscribe estritamente a ningún dos modelos de referencia existentes hoxe na Atención Temperá: sistémico (Guralnick 1997, 2001, 2005), integrado (Dunst, 2000, 2004; Dunst & Trivette, 2009) ou domiciliario (McWilliam, 2010c; McWilliam & Scott, 2001). Seguimos os documentos de consenso profesional do noso entorno, como o Libro Blanco de Atención Temperá (GAT, 2000), as Recomendacións da Comisión Europea (Grupo Helios 1996, Soriano, 2004, 2010) e o modelo conceptual da Clasificación Internacional do Funcionamento (Simeonsson, 2009; Vázquez Barquero, 2012). Compartimos con todos eles a necesidade de cambiar o centro da intervención dende os servizos aos contextos e dende o déficit ás capacidades, enfocando o traballo cara á autonomía persoal no contorno de vida, conforme ás evidencias ofrecidas pola investigación e a práctica profesional durante os últimos vinte anos. E que identifican a necesidade dun enfoque:

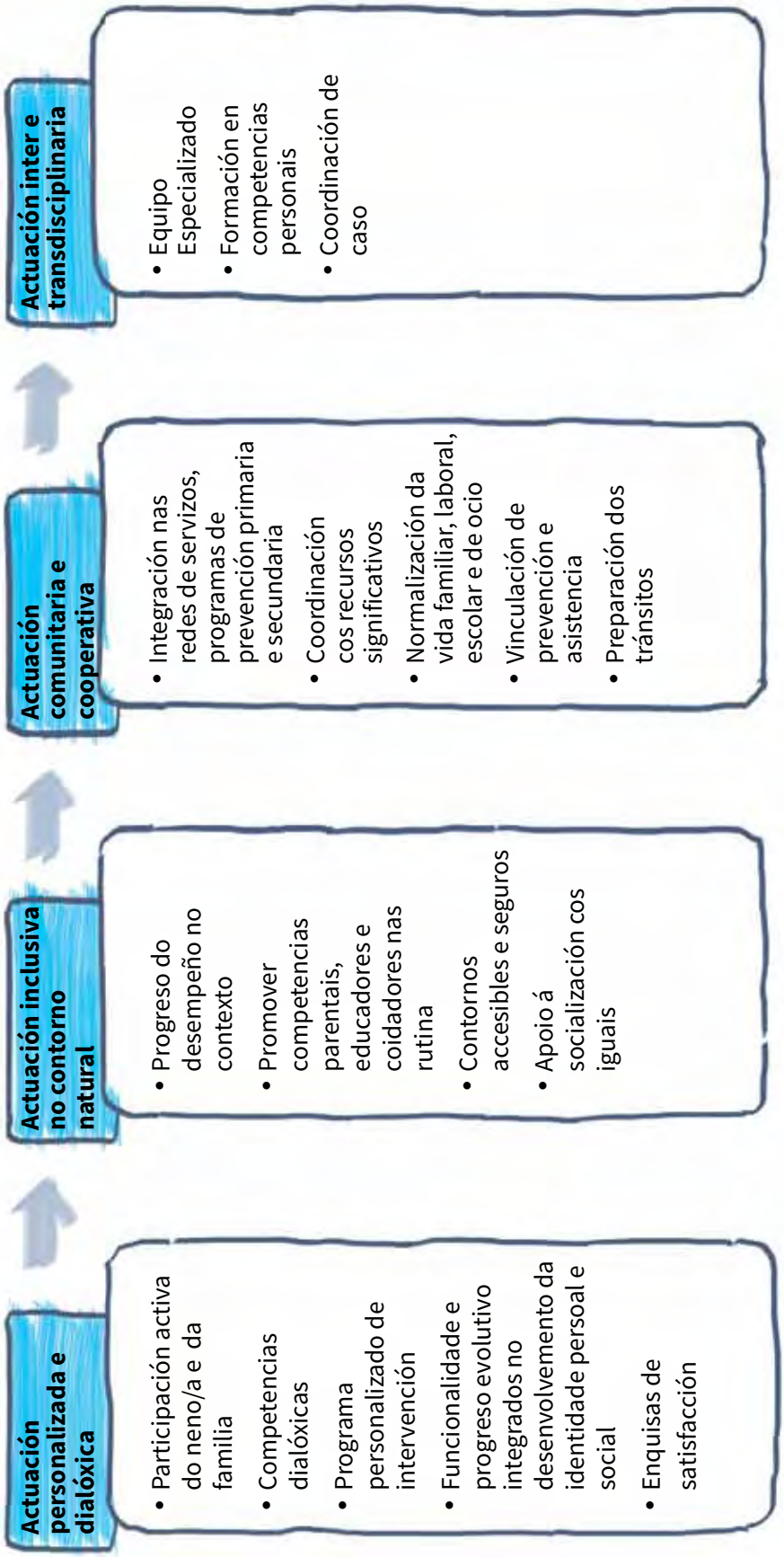
1) **Personalizado e dialóxico,** establecendo liñas de actuación e modos de relación que faciliten a participación e iniciativa do neno e da familia, en tanto que suxeitos activos da intervención.
   a) *na formalización da demanda*
   b) *na definición de obxectivos*
   c) *na toma de decisións e na práctica da actuación*
   d) *na avaliación dos resultados*

2) **De socialización inclusiva,** promovendo actuacións integradas nos contornos naturais e dirixidas á:
   a) *Asegurar a iniciativa e o mellor desempeño do neno nas rutinas de vida e nas oportunidades de xogo.*
   b) *Reforzar as propias competencias da familia e dos coidadores para facilitarlle ao neno relacións estables, seguras e sensibles as súas necesidades.*
   c) *Fomentar contornos accesibles, facilitadores e promotores da autonomía persoal.*
   d) *Promover a socialización e interacción cos grupos de iguais.*

3) **Comunitario, asistencial e preventivo**
   a) *Integrando o dispositivo asistencial na rede de institucións, programas e servizos relacionados co desenvolvemento infantil na súa comunidade.*
   b) *Acompañando á familia na coordinación cos recursos significativos para cada neno/a (titor de aula, pediatra, traballador social, educador familiar,..) para facilitar unha comunidade solidaria e acolledora*
   c) *Apoiando a normalización da vida familiar, laboral, escolar e de ocio (tempo para os fillos, volta aos traballos, recuperación da vida familiar, vacacións,...)*
   d) *Rendendo contas da xestión realizada dun xeito transparente á comunidade de orixe.*

4) **Interdisciplinario e transdisciplinario**
   a) *Creando equipos especializados en desenvolvemento infantil, atención temperá e apoio familiar*
   b) *Facilitando ás familias interlocutores únicos ou coordinadores de caso con competencias transdisciplinarias.*

**Ilustración 1. Marco conceptual das UDIAF**



## OS OBXECTIVOS DO PROXECTO

Como queda dito na introdución estas liñas estratéxicas toman forma nos obxectivos do convenio inicial, no que se prevén dúas grandes liñas de actuacións:

1. As propias dun dispositivo interdisciplinario de Atención Temperá, de carácter preventivo-asistencial público e gratuíto dirixido a proporcionar apoios centrados no desenvolvemento aos nenos/as, ás familias e aos recursos do contorno nun territorio delimitado e coa participación activa dos/as interesados/as.

1. As propias de dispositivos de carácter piloto encargados de realizar un estudo cuantitativo e cualitativo da demanda efectiva nun ámbito territorial definido, dos procesos e metodoloxías, dos resultados e niveis de satisfacción das familias, contribuíndo a perfilar un dispositivo tipo, os servizos máis necesarios, os indicadores de seguimento da súa xestión e os perfís formativos dos profesionais.

## OS TERRITORIOS

As comarcas elixidas para levar a cabo o proxecto, unha vez feito o correspondente análise de factores concorrentes (demográficos, territoriais, demanda potencial, apoios institucionais, ...) foron a comarca do Deza e a comarca do Salnés, na provincia de Pontevedra a partir de xuño de 2009. O mapa de atención temperá e de recursos de apoio ás familias dos nenos e nenas con discapacidades ou situacións biopsicosociais de risco era deficitario nestas dúas comarcas, máxime tendo en conta a súa densidade de poboación e as dificultades para acceder a outros recursos. Non existían unidades que prestaran esta atención integral e as familias carecían, no seu contorno inmediato, dunha oferta de recursos interdisciplinarios accesibles dirixidos a atención integral dos nenos de o a 6 anos con problemas no desenvolvemento. En canto as súas características demográficas, eran ben diferentes: a comarca do Deza é una extensa comarca rural do centro de Galicia, con unha poboación en torno aos 45.000 habitantes e cabeceira en Lalín (± 20.000 h.). Pola súa parte o Salnés é un territorio costeiro con máis de 100.000 h., unha das zonas de Galicia máis densamente poboada, con cabeceira en Vilagarcía de Arousa (± 37.000 h.). Máis adiante, en 2014, incorpórase ao proxecto unha nova unidade na comarca de Bergantiños na provincia de A Coruña, unha comarca que ocupa unha zona intermedia entre a área metropolitana de A Coruña e a área marítimo rural da Costa da Morte. A súa capital é Carballo que conta con ± 31.000 h.

Ilustración 2 As comarcas do Deza, Salnés e Bergantiños

**AS REDES DE RECURSOS COMUNITARIOS**

No nivel comunitario funcionan as seguintes redes de servizos:

1. **Sanitaria**. Organizada nos centros de saúde e con servizos de enfermería e pediatría de atención primaria próximos e accesibles. Existen tamén servizos de logopedia e fisioterapia concertados polo Sergas na comarca do Salnés.

2. **Educativa**. Organizada a través dos centros de educación infantil e primaria (CEIPS). A rede pública ou concertada está localizada na proximidade das familias. Os nenos e nenas están escolarizados practicamente ao 100% dende os tres anos. A máis do titor/a de aula contan con departamento de orientación no que figuran o orientador e profesionais de apoio ás necesidades específicas de apoio educativo, de pedagoxía terapéutica, audición e linguaxe, e coidadores.

3. **Social**. Os concellos de Galicia contan con servizos sociais comunitarios básicos: servizos de valoración, apoio no fogar, educación familiar, inserción social e cooperación. Tamén se están a desenvolver redes de servizos sociais comunitarios específicos como os centros de atención a infancia (escolas infantís 1º ciclo) da Rede a Galiña Azul, presente nas tres comarcas do Deza, Salnés e Bergantiños.

**OS DISPOSITIVOS**

As UDIAF están localizadas nas cabeceiras das súas respectivas comarcas. Trátase de centros situados sobre espazos cedidos polas administracións públicas: Xunta de Galicia, Concellos de Lalín, Vilagarcía de Arousa e Carballo. As UDIAF abren máis de 40 horas semanais, de luns a venres en horario de mañá e tarde. Cadansúa UDIAF alberga un equipo interdisciplinario con 1 psicólogo ou pedagogo, coordinador da UDIAF, especializado en desenvolvemento infantil, atención temperá e apoio familiar, 2 terapeutas especializados en desenvolvemento infantil e atención temperá (Terapeuta/Psicocomotricista/Logopeda) e 1 auxiliar administrativo.

A maioría dos profesionais están hoxe a tempo completo ou a dous terzos da xornada completa excepto os administrativos que traballan 15 h/semana.

Todos os equipos tiveron un proceso de titoría inicial dende a AGAT de 6 meses, mediante participación de expertos da AGAT no arranque e desenvolvemento inicial das tarefas asistenciais. Posteriormente as unidades contaron co apoio e orientación dun coordinador da AGAT, encargado da supervisión do convenio, o axuste aos seus obxectivos, a formación continua dos profesionais e a dirección do proceso de avaliación do traballo realizado.

**Ilustración 3. Recursos humanos das UDIAF**

Xunta de Galicia. Consellería de Política Social. Convenio

**AS FUNCIÓNS ASISTENCIAIS**

As funcións nucleares das UDIAF seguen as dos servizos de Atención Temperá propios dos servizos de prevención e promoción da autonomía persoal vinculados ao sistema da dependencia (Decreto 149/2013, do 5 de setembro):

- Diagnóstico e valoración dos trastornos de desenvolvemento de nenos e nenas
- Desenvolvemento psicomotor
- Desenvolvemento cognitivo
- Desenvolvemento da linguaxe e comunicación
- Desenvolvemento da autonomía
- Desenvolvemento da área social e afectiva
- Apoio, información, habilitación e formación da familia e do entorno, en particular coordinación coas escolas infantís e servizos sociais e sanitarios da comarca.

**Ilustración 4. Ámbito funcional das UDIAF**

Agora ben, as UDIAF, en base as evidencias coas que contamos hoxe, parten dunha concepción estratéxica diferente respecto dos servizos tradicionais, pois a súa intervención focalízase, seguindo as evidencias achegadas pola investigación e consensuadas pola OMS (CIF), na produción de cambios de sentido inclusivo e facilitadores da autonomía e o mellor desempeño nos contextos de vida máis que na intensidade dos servizos en sé mesmos. Por esta razón na selección dos profesionais dáselle especial valor as competencias persoais en áreas transversais e de comunicación cos nenos/as, as familias e o contorno:

- Ética profesional
- Predisposición e flexibilidade para o traballo en equipo
- Comprensión da dinámica de grupos
- Actitudes dialóxicas e cooperativas
- Empatía e escoita activa
- Saber informar
- Saber xogar
- Saber colaborar
- Saber transferir competencias
- Formación reflexiva e compartida

**Ilustración 5. As competencias persoais para o traballo en Atención Temperá**

As unidades están abertas todos os días de Luns a Venres durante 38,5 horas semanais en horario de maña e de tarde para facilitar a adaptación as necesidades das familias

## O EQUIPO E A SÚA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

As funcións asistenciais da UDIAF están nucleadas ao redor da actividade do seu equipo. As súas estruturas básicas son as seguintes:

- **O equipo**, formado por todos os coordinadores de caso (Greco, Sloper, Barton 2004, 2007) entre os que figura o propio coordinador da unidade. O equipo estruturase en torno a dúas sesións semanais cunha duración de dúas horas por sesión:

    1. A sesión de presentación e valoración de casos
    2. A sesión de avaliación, altas e coordinación xeral

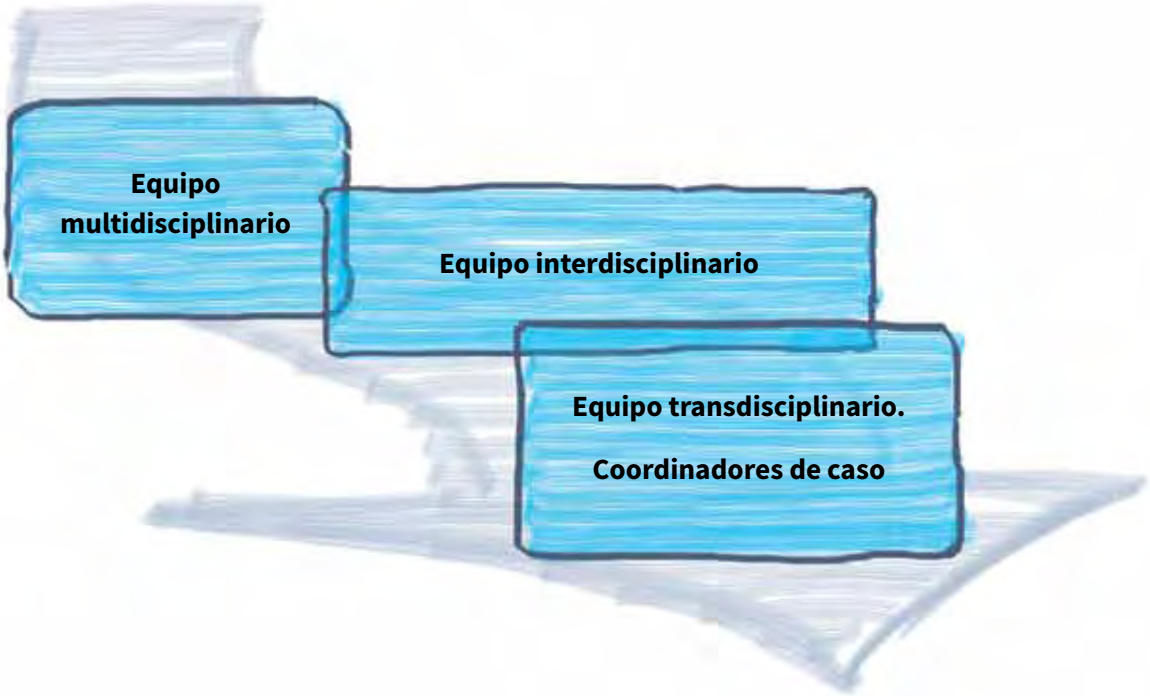
- **O coordinador da unidade**, a maiores das funcións de coordinador de caso ten as seguintes:

    - Responsable e representante da unidade, coordinación xeral do equipo e coa AGAT, coordinación cós diferentes organismos educativos, sanitarios e sociais da comarca.
    - Responsable da preparación e dirección da programación, realización e avaliación das actividades organizadas polo equipo.
    - Supervisión de memorias e elaboración de plans de mellora.
    - Responsable do cumprimento do Regulamento de Réxime Interior.
    - Responsable de supervisar os procesos de actuación e diagnósticos e do grupo de familias.

- **O coordinador de caso**

    - Dirección, preparación, execución e avaliación das actividades transdisciplinarias de acollida, valoración, apoio, coordinación, avaliación e alta dos casos individuais que teña asignados
    - Interlocutor principal da familia, garantindo a súa participación no proceso de actuación, no establecemento de obxectivos e no plan personalizado de intervención.
    - Presentación ao equipo dos casos baixo a súa responsabilidade para establecemento das estratexias de valoración e intervención
    - Coordinación cos recursos comunitarios e co entorno significativo no traballo dos casos baixo a súa responsabilidade.
    - Participación nas actividades de programación, realización e avaliación do equipo da unidade.

Ilustración 6. Evolución histórica do traballo en equipo na Atención Temperá



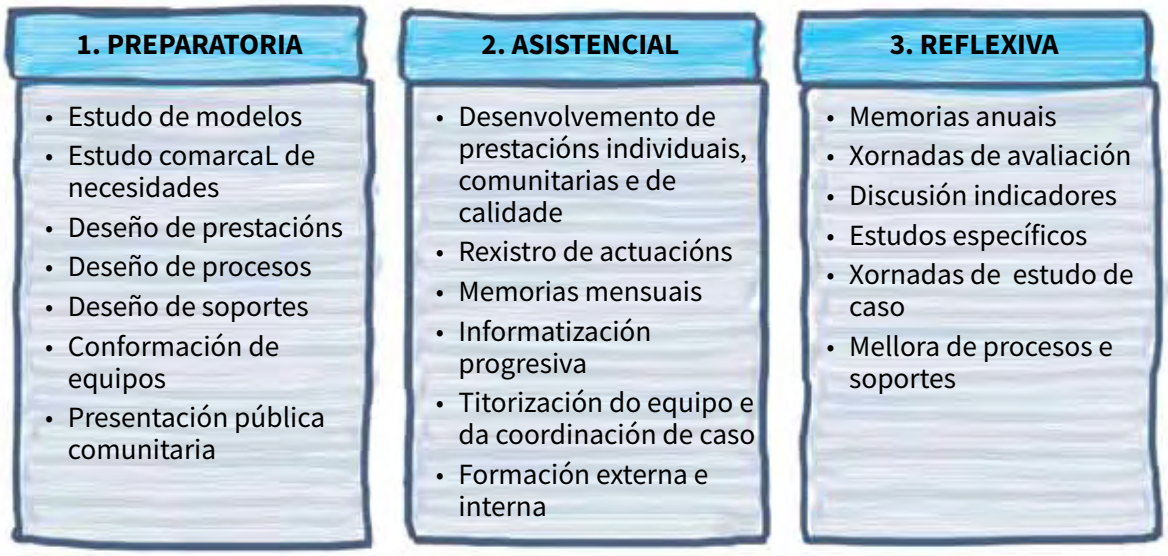

No proceso de implantación das UDIAF podemos distinguir tres fases:

1. Preparatoria, de estudo de modelos e deseño de actuacións, prestacións e soportes. De acondicionamento e provisión de recursos ás unidades e presentación pública dos dispositivos nas comunidades de referencia. De adecuación normativa: rexistro no RUEPSS, protección datos, normas de centros sanitarios, cumprimento disposicións sobre centros e servizos.

2. Formativa e asistencial, de titoría das unidades, formación práctica supervisada, aplicación das prestacións individuais, comunitarias e de calidade previstas.

3. Documental e reflexiva, de exposición de memorias de actividades, enquisas de satisfacción, avaliación anual das actividades realizadas, estudo, investigación e mellora dos soportes, procesos e resultados.

Ilustración 7. Fases do proxecto UDIAF




**FORMACIÓN, ESTUDOS, INVESTIGACIÓN**

A formación dos profesionais das UDIAF desenvolvese a través de tres liñas diferentes:

1. De xestión de procesos dirixida como o seu nome indica á formación e avaliación continúa en torno ás distintas fases do proceso asistencial: derivacións, demandas, acollida, valoración, intervención, coordinación, etc., pero tamén sobre modalidades de xestión das unidades, calidade, soportes, creación de cooperativas, ...

2. De actualización en teoría e competencias prácticas, dirixida a formación en desenvolvemento infantil, traballo con familias, problemas específicos, aspectos sindrómicos, ...

1. De traballo de caso, fundamentada no traballo cooperativo no seno do equipo e na obxectivación de casos co coordinador da AGAT.

Ao longo destes seis anos realizáronse diversas estudos e investigacións sobre temas específicos. Cabe destacar:

- deseño inicial dun sistema de organización e funcións das UDIAF como servizos comunitarios específicos de Atención Temperá, co seu correspondente glosario de actuacións e formularios de soporte (Memoria 2009).

- A realización dun traballo de investigación sobre a aplicabilidade da escala EVE nas UDIAF, inscrito nun estudo máis amplo sobre "Atención Temperá e Dependencia" no seo da Federación Estatal de Asociacións de Profesionais da Atención Temperá –GAT– (Memoria 2010).

- A elaboración dun estudo preliminar para unha carteira de servizos para a Xunta de Galicia (Memoria 2011).

- O desenvolvemento da estrutura lóxica dun soporte informático - SiAT© - para a xestión das unidades substituíndo a maioría dos soportes en papel e facilitando a integración e rexistro do traballo interdisciplinario e a creación dunha axenda común do equipo (Memoria 2012).

- O deseño dun módulo de contidos do proceso de actuación en Atención Temperá incluíndo as fases de acollida, valoración, intervención, avaliación e alta nos servizos (en preparación, publicación parcial na Revista "Desenvolupa.net" en 2013, presentación nas xornadas do Plan de Formación en 2015).

- O estudo dos perfís diagnósticos da poboación atendida seguindo a guía da Organización Diagnóstica en Atención Temperá – ODAT - (Memoria 2014).

- A formalización de modelos unificados de rexistro evolutivo, informes e plans personalizados de intervención (en preparación, presentado na Xornada Anual 2015 das UDIAF).

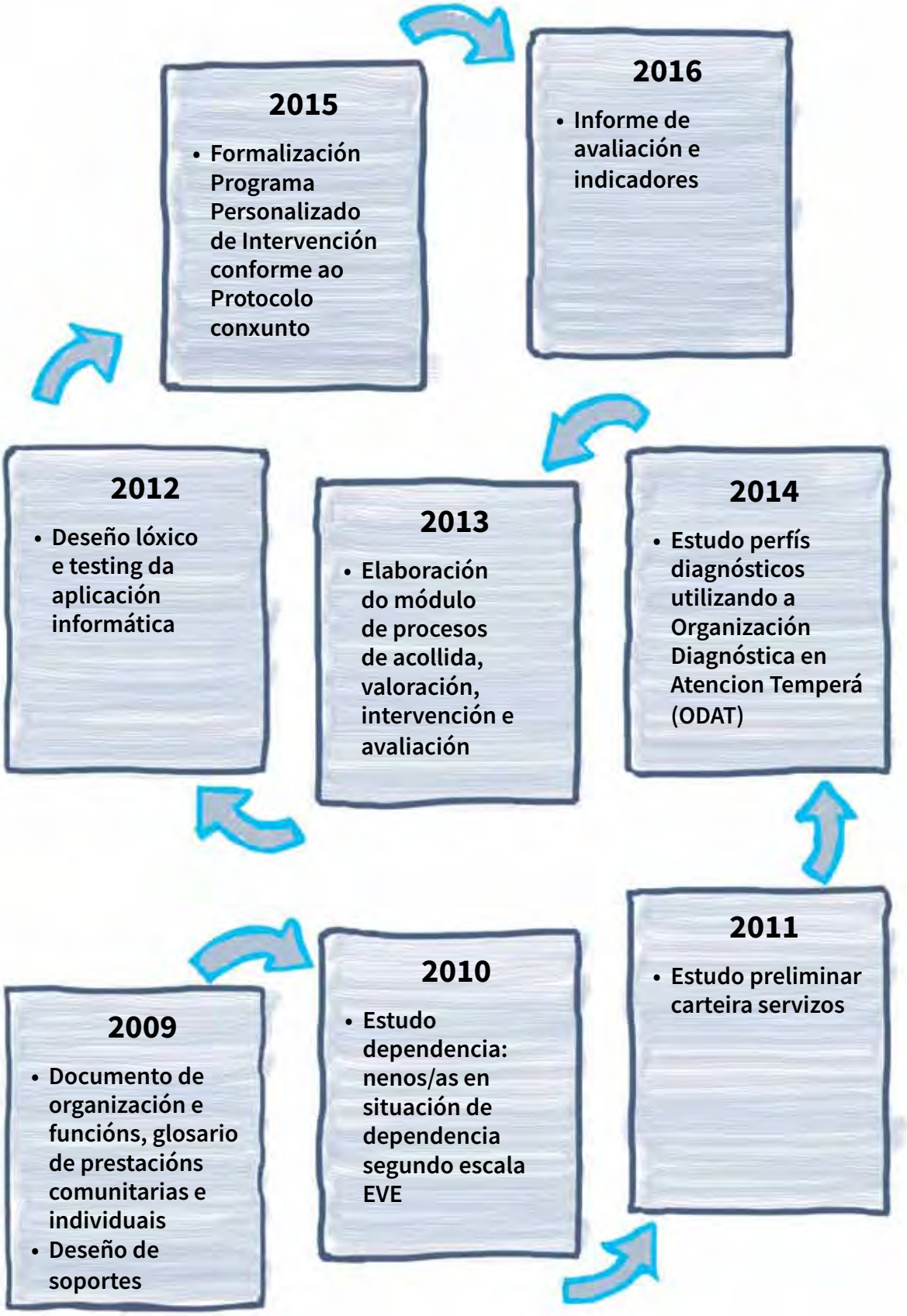
## A FINANCIACIÓN

A financiación corre a cargo da Xunta de Galicia, Consellería de Política Social mediante convenio anual renovable coa Asociación Galega de Atención Temperá. A contía inicial en 2009, no que se implantan as dúas primeiras unidades foi de 200.000 € e a prevista para o exercicio 2016, con tres, é de 300.000 €.

**Táboa 1. Financiación das UDIAF**

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Financiación | 200.000 | 200.000 | 200.000 | 225.000 | 225.000 | 275.000 | 300.000 |
| Deza | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Salnés | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Bergantiños | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |

Ilustración 8. Estudos e investigacións realizados polas UDIAF 2009-2015



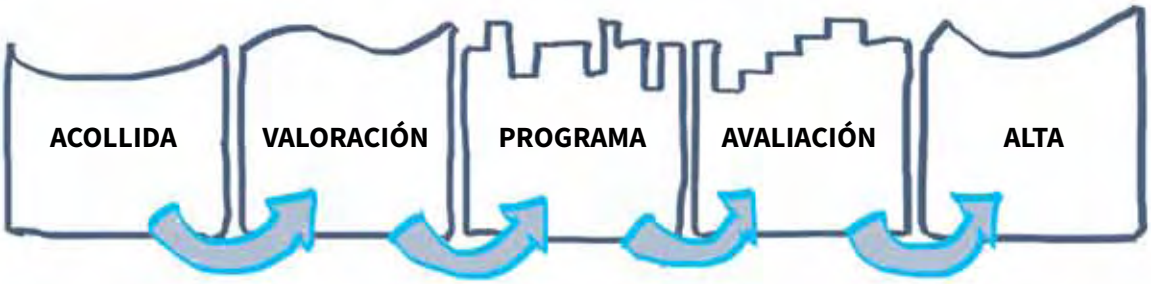
# METODOLOXÍA

Este informe é o resultado de examinar a práctica experimental e de traballo en equipo durante máis de 6 anos e que vimos de resumir nas páxinas anteriores. O seu deseño e desenvolvemento estivo sometido a circunstancias cambiantes en canto ao ámbito persoal e ó ámbito territorial (de dúas a tres unidades comarcais) e tamén ós propios recursos humanos (inicialmente o equipo asistencial estaba formado tan só por dous profesionais, despois por dous e medio e finalmente por case tres por cada UDIAF). Tamén as propias funcións e tipoloxía dos procesos foron modificándose cos anos en función da adaptación ás demandas comunitarias e tamén como consecuencia de modificacións normativas como o Decreto 183/2013 de creación da Rede Galega de Atención Temperá. Estes cambios nos deseños, modificacións e axustes respecto das previsións iniciais poden consultarse nas Memorias anuais das actividades realizadas (correspondentes a 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015).

A metodoloxía utilizada para fundamentar as actuacións, recoller datos e permitir a súa avaliación e modificación foi a seguinte:

1) **Deseño de procesos no traballo de caso,** especificando as fases polas que atravesa o traballo de caso e dende o momento da presentación da demanda ata o momento da alta, con detalle dos contidos e resultados a obter en cada fase e guías de práctica na elaboración da historia, proceso valoración, rexistro evolutivo, programas de intervención, procedementos de avaliación e alta

**Ilustración 9. O proceso de actuación en Atención Temperá**




*ver anexo “c” para detalle

2) **Elaboración dun glosario de actuacións** especificando categorías e contidos das distintas accións a realizar polas UDIAF, tempos de dedicación e cadros horarios e incorporación dos códigos ao rexistro de prestacións individuais e ao rexistro de prestacións comunitarias da UDIAF.

**Táboa 2. Categorías do glosario de actuacións**

| Prestacións individuais | Prestacións comunitarias |
|---|---|
| Consulta de acollida | Sesión de equipo |
| Sesión de diagnóstico | Entrevista de coordinación comarca |
| Sesión de apoio | Acción de coordinación comarca |
| Sesión de orientación/seguimento | Accións de sensibilización |
| Informes | Grupos de familias |
| Entrevista de coordinación | Accións de formación e avaliación |
| Acción de coordinación | Coordinacións AGAT |
| Outras accións | |

*ver anexo "a" para detalle

3) **Deseño dun sistema de rexistro de datos** de identificación das solicitudes en trámite, da poboación solicitante, e dos perfís diagnósticos dos problemas evolutivos seguindo a guía da Organización Diagnóstica en Atención Temperá.

**Táboa 3. Sistema de rexistros**

| De solicitudes |
|---|
| De poboación solicitante |
| De diagnósticos ODAT |
| De evolución e procesos no traballo de caso |

*actualmente os rexistros están informatizados

4) **Deseño dun modelo de memorias e indicadores,** no que xunto a indicadores de alcance, demográficos ou estruturais incluíronse indicadores cuantitativos da actividade das UDIAF e indicadores cualitativos desa mesma actividade que axudan a pulsar a calidade da actividade comunitaria do servizo.

   a) *Indicadores de alcance, estudan a cobertura da poboación diana das UDIAF*
   b) *Indicadores estruturais e profesionais, analizan a condición e idoneidade das instalacións, accesibilidade, recursos humanos, materiais e de xestión.*
   c) *Indicadores de actividades, ofrecen datos empíricos sobre as actuacións realizadas polas unidades de acordo ao seu glosario de prestacións individuais e comunitarias.*

d) *Indicadores de procesos, liñas de actuación preeminentes para garantir e avanzar na calidade da asistencia no sentido metodolóxico. Liñas que se destacan dos procesos básicos da Guía de Estándares de Calidade en Atención Temperá (Ponte et al, 2004)*
e) *Indicadores de resultados, datos de cumprimento dos obxectivos asistenciais das unidades tanto globais como parciais a través do plan de actividades*

En certos casos é necesario combinar uns e outros indicadores para obter perfís do desempeño dos recursos e a súa adecuación aos obxectivos asistencias.

**Táboa 4. Cadro de indicadores iniciais das UDIAFS**

**Indicadores de cobertura o alcance**

| |
|---|
| C.1 Porcentaxe da poboación 0-6 atendida |
| C.2 Tipoloxía da demanda |
| C.3 Perfís diagnósticos da poboación atendida segundo ODAT |
| C.4 Porcentaxe de poboación recoñecida con discapacidade e dependencia |
| C.5 Sexo da poboación atendida |
| C.6 Idade de acceso da poboación atendida |

**Indicadores estruturais e profesionais**

| |
|---|
| E.1 Accesibilidade e instalacións |
| E.2 Adecuación normativa |
| E.3 Actividades de formación |
| E.4 Adecuación soportes |
| E.5 Estabilidade dos recursos profesionais |

**Indicadores de actividade**

| |
|---|
| A.1 Nº de prestacións individuais |
| A.2 Nº de consultas de acollida |
| A.3 Nº de sesións diagnósticas |
| A.4 Nº de sesións de apoio |
| A.5 Nº de consultas de orientación |
| A.6 Nº de actuacións de coordinación |
| A.7 Nº de sesións de equipo |
| A.8 Nº de prestacións comunitarias |

### Indicadores de procesos

| |
|---|
| P.1 A unidade utiliza criterios de elixibilidade para o acceso aos servizos |
| P.2 O equipo examina as solicitudes e asigna o coordinador de caso na sesión de presentación de casos |
| P.3 O equipo estuda e avalía casos de forma regular unha vez a semana |
| P.4 As familias reciben información e orientación sobre os recursos e prestacións públicas dispoñibles nas redes comunitarias |
| P.5 Todos os expedientes en intervención teñen rexistrada a consulta de acollida e os seus epígrafes básicos de historia de caso |
| P.6 Nas preocupacións por atraso evolutivo aplícase e rexístrase sempre unha proba estandarizada de cribado |
| P.7 Todos os expedientes en intervención contan cun rexistro de procesos e plan personalizado de intervención |
| P.8 Todos os expedientes en intervención son revisados cada seis meses polo equipo |
| P.9 Todos os expedientes no momento de alta contan con informe de alta dispoñible a petición da familia |
| P.10 Todos os expedientes no momento de alta contan con rexistro do seu perfil diagnóstico |

### Indicadores de resultados

| |
|---|
| R.1 Nenos/familias 0-6 atendidas/ano |
| R.2 Derivación |
| R.3 Demora |
| R.4 Lista de espera |
| R.5 Ingresos |
| R.6 Rotación |
| R.7 Fidelización |
| R.8 Satisfacción familias |

5) **Planificación dos procesos de reflexión, homoxeneización e mellora continua** da actividades das distintas UDIAF mediante o establecemento dun horario semanal de traballo en equipo, a coordinación online e presencial dos equipos co coordinador da AGAT, o desenvolvemento de plans de formación e estudos conxuntos e a realización a lo menos de dous seminarios anuais das UDIAF: un de avaliación global e outro de avaliación e organización da información de caso baixo a dirección e supervisión do coordinador da AGAT.

6) **Estudo periódico cuantitativo e cualitativo de resultados, mediante análise estatístico e casuístico da experiencia desenvolvida**

Ilustración 10. Ciclo de mellora dos procesos nas UDIAF

A elaboración do presente informe é o resultado das seguintes fases:

a) Realización dos procesos de seguimento anual de 2009 a 2015 conforme as subfases expostas na ilustración nº 10.

b) Elaboración no 2016 dun texto borrador de resumo e dunha primeira selección de indicadores polo coordinador da AGAT.

c) Revisión do texto e cualificación dos indicadores iniciais de forma individual polos profesionais das UDIAF.

d) Discusión e consenso do texto e avaliación dos indicadores en seminario específico de 8 horas de duración celebrado o día 19 de febreiro de 2016.

e) Redacción da proposta de documento definitivo e cadro de indicadores polo coordinador da AGAT.

f) Revisión é últimas propostas e comentarios polos equipos das UDIAF.

g) Redacción final, edición e publicación.

# RESULTADOS POR INDICADORES

## INDICADORES DE COBERTURA

**Indicador C.1 Poboación 0-6 atendida**

Relaciona o nº de nenos/as atendidos cada ano co nº de nenos/as de 0 a 6 anos en cada comarca.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 2,05 | 3,2 | 3,9 | 3,7 | 5,3 | 5,9 |
| Salnés | 1,83 | 2,21 | 2,01 | 2,0 | 1,9 | 1,7 |
| Bergantiños | | | | | | 2,4 |

Deza & Salnés & Bergantiños 2009-2015

### Poboación 0-6 no Deza 2009-2014

| Anos | Agolada | Dozón | Lalín | Rodeiro | Silleda | V. de Cruces | Deza |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2009** | 73 | 25 | 881 | 91 | 394 | 208 | 1672 |
| **2010** | 69 | 24 | 915 | 83 | 395 | 210 | 1696 |
| **2011** | 63 | 25 | 935 | 72 | 390 | 205 | 1690 |
| **2012** | 65 | 26 | 898 | 70 | 385 | 194 | 1638 |
| **2013** | 58 | 23 | 904 | 67 | 371 | 178 | 1601 |
| **2014** | 55 | 19 | 858 | 70 | 387 | 169 | 1558 |

### Poboación 0-6 no Salnés 2009-2014

| Anos | Camb. | Grove | Illa | Meaño | Meis | Ribad. | Sanx. | Vilag. | Vilan. | Salnés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2009** | 812 | 608 | 330 | 298 | 234 | 304 | 954 | 2066 | 611 | 6217 |
| **2010** | 833 | 592 | 319 | 301 | 228 | 317 | 978 | 2060 | 599 | 6227 |
| **2011** | 835 | 588 | 285 | 294 | 213 | 338 | 968 | 2062 | 571 | 6154 |
| **2012** | 808 | 553 | 281 | 279 | 220 | 351 | 956 | 2015 | 570 | 6033 |
| **2013** | 759 | 531 | 259 | 261 | 218 | 351 | 904 | 1977 | 534 | 5794 |
| **2014** | 750 | 512 | 240 | 249 | 209 | 348 | 857 | 1954 | 485 | 5604 |

### Poboación 0-6 en Bergantiños 2014

| Anos | Cabana | Carballo | Corist. | Laracha | Laxe | Malpica | Pontec. | Berg. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 134 | 1644 | 209 | 553 | 112 | 144 | 176 | **2972** |

**Indicador C.2 Tipoloxía da demanda**

Relaciona o nº de nenos atendidos coa tipoloxía de problemas principais que presentan segundo a exposición da familia na consulta de acollida.

| Problemas Tipo | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Motor | 4,8 | 6,0 | 3,9 | 2,9 | 4,1 | 2,0 |
| Sensorial | 1,0 | 2,4 | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Sindrómico | 14,3 | 13,3 | 7,9 | 6,8 | 8,3 | 7,3 |
| Cognitivo | 4,8 | 1,2 | 7,9 | 2,9 | 5,0 | 2,6 |
| Afectivo-emocional | 9,5 | 10,8 | 21,1 | 22,3 | 14,0 | 19,2 |
| Conduta | 34,3 | 21,7 | 17,1 | 15,5 | 16,5 | 14,6 |
| Hábitos | 3,8 | 9,6 | 14,5 | 4,9 | 9,1 | 7,3 |
| Fala/linguaxe | 22,9 | 30,1 | 19,7 | 36,9 | 35,5 | 35,8 |
| Retraso global | 4,8 | 4,8 | 5,3 | 7,8 | 4,1 | 10,6 |

Deza & Salnés & Bergantiños 2009-2015 714 casos. Rexistra tan só o problema principal na demanda

**Indicador C.3 Perfís diagnósticos**

Relaciona o nº de nenos/as atendidos coa tipoloxía de problemas que presentan segundo a Organización Diagnóstica en Atención Temperá (ODAT).

| Perfil | Deza | Salnés | Bergantiños |
|---|---|---|---|
| Problema des. motor | 3,9 | 5,4 | 5,8 |
| Problema des. visual | 4,3 | 9,2 | 0,0 |
| Problema des. auditivo | 1,6 | 4,0 | 1,2 |
| Problema des. psicomotor | 7,0 | 6,7 | 5,8 |
| Problema atraso evolutivo | 5,1 | 17,3 | 14,0 |
| Problema atraso mental | 3,5 | 1,3 | 1,2 |
| Problema com. e da linguaxe | 34,1 | 36,9 | 37,2 |
| Problema psicosomáticos | 17,1 | 8,1 | 2,7 |
| Problema afectivos | 19,1 | 15,4 | 11,6 |
| Problema da regulación e o comportamento | 11,1 | 26,4 | 24,4 |
| Problemado espectro autista | 3,5 | 7,0 | 7,0 |
| Problema da interacción | 16,7 | 35,8 | 12,8 |
| Problema do entorno | 5,1 | 17,0 | 9,3 |

Deza & Salnés & Bergantiños 2009-2015 714 casos. Cada neno/a pode ter varios problemas

**Indicador C.4 Discapacidade/dependencia**
Porcentaxe de poboación en situación de discapacidade/dependencia
11% valorado e 30% potencial no estudo 2011. S/D actualizados

**Indicador C.5 Sexo**
Porcentaxe de nenos/as atendidos segundo sexo.

| UDIAF | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Deza | M | 35,8 | 35,7 | 35,5 | 31,1 | 33,9 | 34,5 |
| | V | 64,2 | 64,3 | 64,5 | 68,2 | 66,1 | 65,5 |
| Salnés | M | 31,5 | 42,9 | 43,5 | 33,1 | 34,6 | 26,5 |
| | V | 68,5 | 57,1 | 56,6 | 66,5 | 65,4 | 73,5 |
| Bergantiños | M | | | | | | 38,8 |
| | V | | | | | | 61,2 |

**Indicador C.6 Idade de acceso**
Porcentaxe de nenos/as atendidos segundo a idade na presentación da solicitude.

| Ano | 0-1 | 1-2 | 2-3 | 3-4 | 4-5 | 5-6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2010 | 4,8 | 10,5 | 16,2 | 21,0 | 21,0 | 18,1 |
| 2011 | 7,2 | 8,4 | 16,9 | 18,1 | 26,5 | 19,3 |
| 2012 | 3,9 | 10,5 | 18,4 | 30,3 | 11,8 | 18,4 |
| 2013 | 0,0 | 6,8 | 27,2 | 22,3 | 26,2 | 13,6 |
| 2014 | 4,1 | 9,9 | 24,0 | 18,2 | 21,5 | 16,5 |
| 2015 | 0,7 | 7,3 | 21,9 | 21,9 | 29,1 | 18,5 |

# INDICADORES ESTRUTURAIS E PROFESIONAIS

**Indicador E.1.1 Instalacións**

Estado das instalacións das UDIAF avaliado polas familias*.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 4,5 | 4,3 | 4,44 | 4,43 | 4,57 | 4,57 |
| SALNÉS | 3,6 | 3,5 | 3,69 | 3,45 | 3,71 | 3,45 |
| BERGANTIÑOS | | | | | | 4,57 |

*Escala 1 a 5

**Indicador E.1.2 Accesibilidade**

Accesibilidade das UDIAF avaliado polas familias*.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 4,5 | 4,1 | 4,47 | 4,49 | 4,73 | 4,68 |
| SALNÉS | 4,1 | 3,9 | 4,4 | 4,25 | 4,37 | 4,36 |
| BERGANTIÑOS | | | | | | 4,32 |

*Escala 1 a 5

**Indicador E.2 Adecuación normativa**

Control da adecuación das UDIAF ás normativas existentes.

| UDIAF | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | Autorización RUEPSS | | | | | ✓ | ✓ |
| | Acreditación Decreto | | | | | | |
| | Centro sanitario | | | | | ✓ | ✓ |
| | Cons. informado | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Protección datos | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Contrato asistencial | | | | | ✓ | ✓ |
| SALNÉS | Autorización RUEPSS | | | | | ✓ | ✓ |
| | Acreditación Decreto | | | | | | |
| | Centro sanitario | | | | | ✓ | ✓ |
| | Cons. informado | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Protección datos | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Contrato asistencial | | | | | ✓ | ✓ |
| BERGANTIÑOS | Autorización RUEPSS | | | | | ✓ | ✓ |
| | Acreditación Decreto | | | | | | |
| | Centro sanitario | | | | | ✓ | ✓ |
| | Cons. informado | | | | | ✓ | ✓ |
| | Protección datos | | | | | ✓ | ✓ |
| | Contrato asistencial | | | | | ✓ | ✓ |

**Indicador E.3. 1 Formación**

Horas de formación dedicadas polos equipos a actividades formativas organizadas pola dirección das UDIAF.

| UDIAF | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | Xestión de procesos | 29 | 16 | 24 | 31 | 20 | 8 | 16 |
| | Formación continua | 40 | 40 | 8 | 27 | 18 | 8 | 13 |
| SALNÉS | Xestión de procesos | 29 | 16 | 24 | 31 | 20 | 8 | 16 |
| | Formación continua | 40 | 40 | 8 | 27 | 10 | 8 | 13 |
| BERGANTIÑOS | Xestión de procesos | | | | | | 30 | 24 |
| | Formación continua | | | | | | 5 | 40 |

**Indicador E.3. 1 Estudos e investigacións**

Control da participación das UDIAF en actividades de estudo e investigación.

| UDIAF | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| SALNÉS | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| BERGANTIÑOS | | | | | | | ✓ |

**Indicador E.4. Adecuación de soportes**

Control de tipo de soportes utilizados na actividade das UDIAF.

| UDIAF | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | Papel/Office | ✓ | ✓ | | | | | |
| | Papel/Aplicación integrada | | | ✓ | | | | |
| | Aplicación integrada | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| SALNÉS | Papel/Office | ✓ | ✓ | | | | | |
| | Papel/Aplicación integrada | | | ✓ | | | | |
| | Aplicación integrada | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| BERGANTIÑOS | Papel/Office | | | | | | | |
| | Papel/Aplicación integrada | | | | | | | |
| | Aplicación integrada | | | | | | | ✓ |

**Indicador E.5. Estabilidade recursos profesionais.**

Porcentaxe de profesionais con contrato indefinido.

| UDIAF | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA (4) | 0% | 0% | 75% | 75% | 100% | 100% | 100% |
| SALNÉS (4) | 0% | 0% | 75% | 75% | 100% | 100% | 100% |
| BERGANTIÑOS (4) | | | | | | 25% | 25% |

Entre paréntese nº de profesionais

# INDICADORES DE ACTIVIDADE

**Indicador A.1: Prestacións individuais**
Nº total de prestacións individuais/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 1869 | 2355 | 2235 | 2200 | 2045 | 1940 |
| SALNÉS | 2481 | 2409 | 2594 | 2792 | 2780 | 2484 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 134 | 1422 |

**Indicador A.2: Consultas de acollida**
Nº de consultas de acollida/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 53 | 82 | 86 | 115 | 96 | 104 |
| SALNÉS | 92 | 120 | 68 | 110 | 108 | 98 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 58 | 136 |

**Indicador A.3: Sesións diagnósticas**
Nº de sesións diagnósticas/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 83 | 118 | 141 | 152 | 136 | 151 |
| SALNÉS | 269 | 106 | 145 | 182 | 144 | 118 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 58 | 131 |

**Indicador A.4: Sesións de apoio**
Nº de sesións de apoio/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 1440 | 1973 | 1949 | 1906 | 1778 | 1623 |
| SALNÉS | 1907 | 1922 | 2180 | 2380 | 2375 | 2151 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 10 | 1026 |

**Indicador A.5 Sesións de orientación**
Nº de sesións de orientación/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 67 | 14 | 42 | 27 | 30 | 35 |
| SALNÉS | 13 | 93 | 109 | 105 | 129 | 117 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 3 | 157 |

**Indicador A.6: Actuacións de coordinación**
Nº de actuacións de coordinación/ano*.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 188 | 242 | 259 | 313 | 251 | 257 |
| SALNÉS | 142 | 167 | 193 | 187 | 212 | 262 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 136 | 261 |

* Sesións en traballo de caso

**Indicador A.7: Sesións de equipo**
Nº de sesións de equipo/mes

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 7,8 | 7,8 | 8 | 7,6 | 9 | 7,8 |
| SALNÉS | 7,7 | 7,7 | 7 | 8 | 7,25 | 7,33 |
| BERGANTIÑOS | | | | | --- | 6,41 |

**Indicador A.8: Nº de prestacións comunitarias**
Nº de accións comunitarias/mes.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 2,9 | 12,53 | 17,00 | 26,0 | 20,7 | 21,41 |
| SALNÉS | 5,9 | 5,9 | 14,0 | 15,5 | 19,6 | 21,83 |
| BERGANTIÑOS | | | | | --- | 25,91 |

# INDICADORES DE PROCESOS

| |
|---|
| P.1 A unidade utiliza criterios de elixibilidade para o acceso aos servizos |
| P.2 O equipo examina as solicitudes e asigna o coordinador de caso na sesión de presentación de casos |
| P.3 O equipo estuda e avalía casos de forma regular unha vez a semana |
| P.4 As familias reciben información e orientación sobre os recursos e prestacións públicas dispoñibles nas redes comunitarias |
| P.5 Todos os expedientes en intervención teñen rexistrada a consulta de acollida e os seus epígrafes básicos de historia de caso |
| P.6 Nas preocupacións por atraso evolutivo aplícase e rexístrase sempre unha proba estandarizada de cribado |
| P.7 Todos os expedientes en intervención contan cun rexistro de procesos e plan personalizado de intervención |
| P.8 Todos os expedientes en intervención son revisados cada seis meses polo equipo |
| P.9 Todos os expedientes no momento de alta contan cun informe de alta dispoñible a petición da familia |
| P.10 Todos os expedientes no momento de alta contan cun rexistro do seu perfil diagnóstico |

# INDICADORES DE RESULTADOS

**Indicador R.1: Nenos/familias 0-6 atendidas**
Nº de nenos/familias atendidos/ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 81 | 112 | 110 | 132 | 122 | 110 |
| SALNÉS | 127 | 133 | 124 | 121 | 128 | 118 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 23 | 85 |

**Indicador R.2: Derivación**
Porcentaxe de nenos/a atendidos segundo procedencia.

| Detección | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Comunidade | 38,1 | 36,1 | 28,9 | 19,4 | 26,4 | 16,6 |
| S. Educativos 2º ciclo | 21,9 | 22,9 | 14,5 | 24,3 | 24,8 | 31,1 |
| S. Educativos 1º ciclo | 12,4 | 8,4 | 10,5 | 9,7 | 6,6 | 4,0 |
| S. de Saúde | 9,5 | 27,7 | 39,5 | 41,7 | 36,4 | 46,4 |
| S. Sociais | 18,1 | 4,8 | 6,6 | 4,9 | 5,0 | 1,3 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

714 casos Deza & Salnés & Bergantiños

**Indicador R.3 : Demora**
Demora media entre data de entrada e data de acollida en días.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | -- | 13,9 | 12,49 | 12,75 | 19,76 | 20,70 |
| SALNÉS | | 24,0 | 21,0 | 20,07 | 18,61 | 26,28 |
| BERGANTIÑOS | | | | | | 29,07 |

**Indicador R.4: Lista de espera**
Nº de nenos/as en lista de espera a 31 decembro.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | | 28 | 33 | 20 | 1 | 1 |
| SALNÉS | | 32 | 1 | 11 | 6 | 7 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 0 | 7 |

**Indicador R.5: Ingresos**
Nº de ingresos /ano.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | -- | 39 | 42 | 56 | 44 | 54 |
| SALNÉS | -- | 65 | 43 | 55 | 54 | 49 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 28 | 63 |

**Indicador R.6: Rotación.**
Relación casos atendidos/ingresos (porcentaxe).

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | | 34,8 | 38,18 | 42,42 | 36,00 | 49,09 |
| SALNÉS | | 48,8 | 34,67 | 45,45 | 42,18 | 41,5 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 100 | 76,47 |

**Indicador R.7: Fidelización**
Relación de altas voluntarias/familias atendidas (porcentaxe).

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | -- | 4,5 | 2,7 | 3,03 | 4,1 | 0 |
| SALNÉS | -- | 3,0 | 1,6 | 3,3 | 3,9 | 0 |
| BERGANTIÑOS | | | | | 0 | 1,1 |

**Indicador R.8: Satisfacción das familias**
Avaliación polas familias dos servizos das UDIAFS.

| UDIAF | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 4,6 | 4,4 | 4,74 | 4,68 | 4,76 | 4,81 |
| SALNÉS | 4,6 | 4,4 | 4,75 | 4,80 | 4,88 | 4,79 |
| BERGANTIÑOS | | | | | | 4,72 |

Escala 1 a 5

# DISCUSIÓN

*¿Quen viu pasar o vento?*
*Nin ti nin eu.*
*Pero cando as copas dos árbores se mecen*
*O vento está pasando.*

"O vento", Cristina Rosetti, 1830-1894

Os datos e os indicadores dinnos se algo no que estamos interesados está a ocorrer ou non. Pero non porqué. Os indicadores son sinais ao longo do percorrido dun proxecto que poden nos permitir comprobar se imos polo bo ou polo mal camiño e ao encontro ou desencontro cos nosos obxectivos. Apoian a identificación dos cambios, dos resultados (Bailey, 2005, 2008) das presenzas ou as omisións e facilitan a avaliación da intelixencia das nosas previsións ou das estratexias asumidas para a súa consecución. Pero os indicadores non soen ser suficientes para explicar os cambios que ocorren a tantos niveis (neno, familia, entorno) nin dan conta dos cambios na casuística caso por caso nin explican os resultados globais acadados por un dispositivo. Nunha actividade tan multidimensional, relacional e pegada aos contextos de vida como é a Atención Temperá é difícil atopar explicacións lineais. Por esa razón, na avaliación da Atención Temperá a máis de sinais obxectivas e subxectivas teremos que ter en conta necesariamente a narrativa que faga comprensiva a dinámica contextual dun servizo comunitario inmerso nun escenario concreto, e a lectura non pode ser igual nunha comarca rural, un distrito urbano ou nun barrio metropolitano. Xa que logo, na lectura das sinais non deberíamos perder nunca de vista o clima ambiental e a circunstancia histórica na que emerxen e as persoas concretas das que xorden os datos.

Nas liñas que seguen daremos conta de forma resumida da discusión e reflexión sobre o traballo realizado e os indicadores das UDIAF realizada polos equipos das unidades. Os aprendizaxes, os aspectos que preocupan e nos que se podería mellorar. No curso dese proceso fíxose tamén unha cualificación dos indicadores por parte de cada profesional o que permitiu seleccionar aqueles cunha maior puntuación media e polo tanto máis valorados. Ao final de cada apartado figura a relación dos indicadores seleccionados polos profesionais e que se incorporaron á proposta dun cadro de mando de indicadores para os servizos comunitarios de Atención Temperá que avanzamos no Anexo D.

## COBERTURA

Segundo os nosos datos a UDIAFS do Deza, Salnés e Bergantiños, dispoñendo de recursos semellantes, veñen atendendo ao redor de 100 -120 nenos/as cada ano nas súas respectivas comarcas. O que significa que alcanzan unha porcentaxe de poboación que se move entre un máximo do 5,9% de cobertura no Deza no ano 2015 (poboación 0-6=1848) e un mínimo do 1,7% no Salnés (poboación 0-6= 6.623) nese mesmo ano.

Este alcance e diferencias entre unhas e outras comarcas hai que analizalo con moita prudencia polas limitacións da carga asistencial e polas diferencias entre os contextos, pola diversidade social e a desigualdade dos recursos a man para as propias familias. A limitación de carga asistencial ten unha consecuencia importante de cara a demanda que recibe cadansúa unidade. No Deza, unha comarca cun ámbito de poboación menor, máis rural e máis lonxe de outros recursos públicos alcánzase unha franxa máis ampla e pódese realizar un traballo máis preventivo, chegándose a moitas dificultades evolutivas no momento que emerxen ou na fase inicial da súa manifestación. No Salnés, unha das zonas máis densamente poboadas de Galicia cun ámbito de poboación moito maior e na que existen outros recursos públicos (fisioterapia e logopedia para 0-6 a través do SERGAS) a UDIAF recibe con maior frecuencia situacións de exclusión ou marxinación social, a idade de acceso é máis tardía e, aparentemente, os problemas evolutivos preséntanse nunha fase máis avanzada e cunha maior frecuencia de problemas graves. En Bergantiños o escaso tempo transcorrido dende a súa posta en servizo (finais 2014) non permite albiscar aínda se a tendencia seguira o perfil dunha ou a outra unidade.

Referido á idoneidade de cobertura da poboación diana, polo tanto, estes datos aínda que interesantes son insuficientes para saber se as UDIAF chegan efectivamente a toda a poboación infantil 0 a 6 que precisaría Atención Temperá. Sendo a estimación máis aceptada a que se move no rango do 3% ao 7% da poboación infantil 0-61, o certo é que en Galicia carecemos ata a data de referencias fiables. Datos indiciarios moi insuficientes son a taxa de 0.41 % recoñecidos como dependentes (GAT, Atención Temperá e Dependencia, 2011), a de 0,5 recoñecidos como discapacitados (Xunta de Galicia, ESGADI, 2015) ou a do 6-7% de nenos/as escolarizados nas escolas infantís detectados no programa A_Tempo (AGAT, Xunta de Galicia 2010) pero descoñecemos se existen datos sobre menores de 0 a 6 anos en situación de tutela pública ou datos doutras administracións que permitisen facer unha estimación máis axeitada. No estudo realizado por Vilaplana (Vilaplana, 2010) a nivel estatal a porcentaxe de nenos/as con discapacidade era o 2,1% e a metade deles posibles dependentes2 e os nosos propios datos, extraídos dos estudos realizados no ano 2011 (GAT, 2012) nas UDIAF do Deza e Salnés tan só identifican un 11% de casos valorados como dependentes aínda que a porcentaxe que podería acadar a certificación administrativa de discapacidade e dependencia podería chegar, segundo ese traballo, ata o 30%.

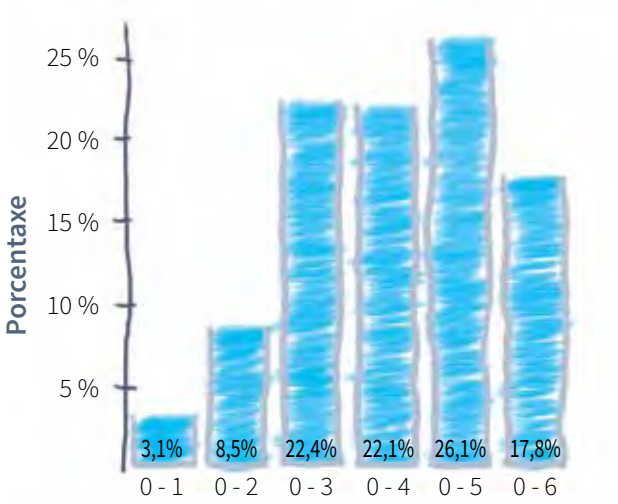
---

1 *A poboación diana da Rede de Atención Precoz de Cataluña que é, pola súa traxectoria e rigor, a Rede de referencia do noso entorno sitúase no 7,5 % da poboación 0-6*

2 *Segundo o SAAD (2012) a porcentaxe de cativos 0-3 recoñecidos como dependentes é o 0,12%*

Por outra banda, e tomando a Cataluña como referencia (RPD, 2005), o histograma de distribución dos casos en relación as idades de presentación das solicitudes de atención nas UDIAF indicaría unha taxa de detección claramente menor nos primeiros 24 meses (dun 11,6% nas UDIAF e dun 28% en Cataluña) pero moi semellante no resto das idades. Este diferencial nas idades temperás semella afectar especialmente ao ingreso tardío de nenos con síndromes ou con situacións de adversidade perinatal e postnatal mentres que os problemas da linguaxe e da conduta ingresarían nun momento máis axustado á súa idade de expresión evolutiva.

**Ilustración 11. Histograma segundo a idade de acceso**




O análise estatístico cruzado da demanda (indicador C2) e das actividades (indicadores A)[3] co seu correspondente contraste casuístico avanza a existencia, en termos globais, dunha poboación infantil que preocupa ás súas familias ou ás redes de servizos por tres tipos de problemas no desenvolvemento e a socialización:

1. Os problemas evolutivos e de socialización vinculados a graves trastornos sindrómicos e/ou sensoriomotrices ou a situacións de grave exclusión social. Trátase dun sector que ven a significar entre un 20 e un 40% da demanda recibida e que en termos asistenciais require unha maior permanencia no servizo e máis actuacións de coordinación.

3 *SPSS. Análise de conglomerados. 714 casos*

Táboa 5. Clúster sindrómico e de exclusión social. Medias

| | Sesión Diagnóstico | Sesión Apoio | Sesión Orientación | Entrevista Coordinación | Acción de coordinación |
|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 5,11 | 96,31 | 1,05 | 5,75 | 5,82 |
| Salnés | 3,65 | 79,53 | 1,69 | 2,49 | 3,82 |

2. Os problemas evolutivos e de socialización que se manifestan e se detectan inicialmente na área da linguaxe e da fala como atrasos no desenvolvemento da linguaxe e os seus aspectos formais pero que son en moitas ocasións o síntoma emerxente de problemas relacionais no desenvolvemento persoal. Esta demanda ven a representar entre un 20 e un 35% das solicitudes presentadas nas UDIAF e require unha permanencia intermedia nos servizos

Táboa 6. Clúster da linguaxe e da comunicación social. Medias

| | Sesión Diagnóstico | Sesión Apoio | Sesión Orientación | Entrevista Coordinación | Acción de coordinación |
|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 3,53 | 33,64 | 0,58 | 1,53 | 1,58 |
| Salnés | 2,75 | 28,68 | 0,79 | 0,77 | 1,81 |

3. Os problemas evolutivos e de socialización que se manifestan e detectan de xeito precoz como aspectos afectivo-emocionais: problemas de regulación da conduta, psicosomáticos e afectivos que emerxen de conflitos típicos ou atípicos das idades evolutivas e que adquiren un peso cada vez maior pola crise da cultura de crianza e a incomprensión das necesidades afectivas do menor. Representan entre un 20 e un 40% dos casos atendidos e son os que menos servizos e permanencia requiren.

Táboa 7. Clúster afectivo-adaptativo. Medias

| | Sesión Diagnóstico | Sesión Apoio | Sesión Orientación | Entrevista Coordinación | Acción de coordinación |
|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 0,75 | 10,91 | 0,36 | 0,48 | 0,88 |
| Salnés | 1,49 | 13,08 | 1,54 | 0,39 | 1,02 |

Neste clúster a estatística e a casuística apunta a presenza de dúas franxas de problemas diferentes:

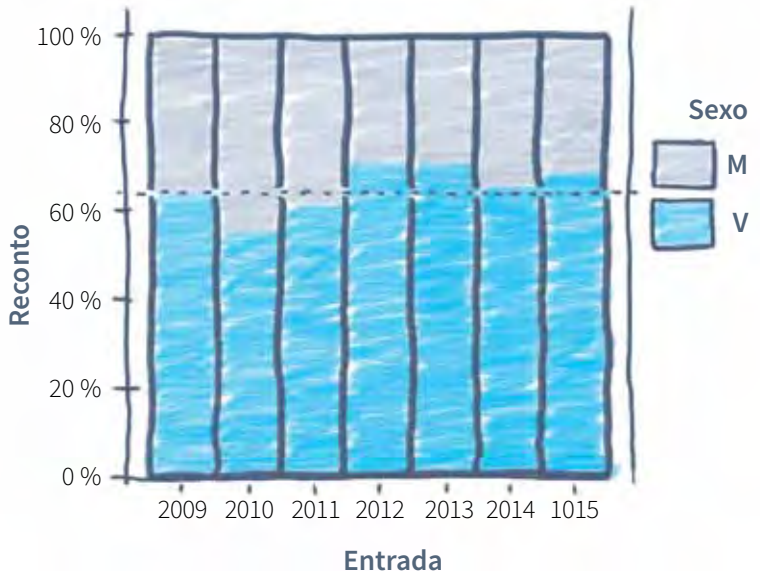
- os problemas afectivos, emerxidos das dificultades de vinculación e/ou adaptativas que dun xeito crecente afrontan os nenos/as nos procesos migratorios, de separación e crise familiar, abandonos, adopcións e acollidas ou mesmo os problemas xurdidos ao entrar na escola infantil.

- os problemas psicosomáticos e de conduta produto da crise da cultura de crianza: a desorientación, as adherencias a principios ríxidos ou o estilo "laissez faire" no estilo educativo familiar e nas prácticas institucionais; os sobrediagnósticos e os infradiagnósticos, o descoñecemento, a patoloxización e a incomprensión de procesos necesarios e típicos no desenvolvemento da autonomía e a identidade persoal.

Os tres clústeres diferéncianse no número de actuacións fundamentalmente porque requiren un maior tempo medio de intervención, de tal xeito que a media de intervención para cada clúster sitúase nos 8,16, 12,43 e 22,18 meses respectivamente, computando o tempo en meses dende a data da solicitude ata o alta na UDIAF.

Outro dato significativo das solicitudes recibidas é a diferencia en función do sexo dos nenos/as, amosando dunha forma regular una distribución de dúas solicitudes de nenos por cada solicitude dunha nena.

**Ilustración 12. Distribución segundo sexo**




714 casos. Deza & Salnés & Bergantiños 2009-2015

Unha maior delimitación da cobertura das UDIAF no sentido de precisar a tipoloxía dos casos pode facerse utilizando a Clasificación Diagnóstica en Atención Temperá (Ponte, 2015) que permite afinar os perfís diagnósticos dos casos atendidos en áreas máis definidas tal e como se ve na táboa do Indicador C3. A partir dos datos da ODAT vemos que 1 de cada 3 nenos/as presenta problemas de linguaxe, 1 de cada 4 de conduta e 1 de cada 5 afectivos, e que nalgunhas zonas hai situacións familiares e de entorno máis desfavorables para unha boa crianza. Pero un problema que apreciamos na ODAT e noutras clasificacións diagnósticas é a confusión que induce ao mesturar os obxectos de clasificación: a etioloxía coas limitacións funcionais, os retrasos evolutivos, as manifestacións condutuais ou as relacións persoais. Sería importante poder avanzar cara a un sistema de clasificación que, na liña da CIF, permita poñer en primeiro plano os aspectos funcionais, contextuais e de participación. E que permitise rexistrar os cambios. De todos os xeitos podemos ver que o Indicador C3 obtido a partir da Clasificación ODAT distingue unha porcentaxe de nenos que están a vivir situacións de inestabilidade ou dificultade sociofamiliar que chega ao 46% (Salnés) mentres que se diferencia outro sector en situacións de clara exclusión social (5,45% dos casos do Deza e un 19,57% dos casos do Salnés). Neste sentido os profesionais dos equipos non deixan de sinalar a crise da cultura da crianza na xénese dos problemas evolutivos e, as veces, a rixidez dos sistemas (educativo, sanitario e social) como factores que actúan como barreiras á inclusión social.

Finalmente, neste apartado, na reunión conxunta das UDIAF consideramos conveniente incorporar un novo indicador que permitise seguir a distribución territorial da demanda e así poder alertar de asimetrías respecto do seu fluxo e intensidade. De tal xeito que de cara a elaborar un “balance scorecard” ou “cadro de mando integral” dos servizos comunitarios no referente á cobertura proporíamos prioritariamente os seguinte indicadores:

**Táboa 8. Indicadores de cobertura para cadro de mando**

| | |
|---|---|
| Porcentaxe de poboación 0-6 atendida | 4,7* |
| Idade de acceso | 4,8 |
| Procedencia por concello | s.c |

*Puntuación dos profesionais. Escala 1 a 5

# ESTRUTURAS E PROFESIONAIS

## IDONEIDADE DO EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPERÁ

Ao longo dos anos transcorridos, e respecto das previsións iniciais, as UDIAF realizaron diversos procesos de adaptación dos equipos tanto no aspecto cualitativo como cuantitativo.

En primeiro lugar compre destacar os problemas derivados do axuste ás demandas emanadas das respectivas comarcas. Os medios dos dispositivos eran semellantes nas tres comarcas pero rapidamente púidose albiscar a diferencia entre o número de solicitudes nunhas e outras e tamén na tipoloxía e intensidade dos problemas. Como vemos na análise, os indicadores cuantitativos (indicador R1) achegan datos semellantes en canto ao número de casos atendidos (no entorno dos 100-120/equipo/ano) e as medias de servizos prestados por caso, pero detectan diferenzas estatísticas significativas nas sesións de orientación e as entrevistas de coordinación.

**Táboa 9. Media de servizos/caso**

| | Sesión Diagnóstico | Sesión Apoio | Sesión Orientación | Entrevista Coordinación | Acción de coordinación |
|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 2,61 | 33,50 | 0,53 | 1,84 | 2,49 |
| Salnés | 2,49 | 34,33 | 1,48 | 1,04 | 2,08 |

628 casos. Consultas de acollida e outras actuacións excluídas do cadro por non ser significativas ao respecto

Estas diferenzas adxudícanse, na interpretación profesional, á necesidade de realizar un axuste dos procesos de actuación das UDIAF. Na hipótese inicial a mellor funcionalidade debería vincularse ás posibilidades de conciliar o tempo que dedicamos ao neno, á familia e ao contorno, dinamizando ás súas competencias e tecendo redes de coordinación e sinerxías cos servizos educativos, sociais e sanitarios da comarca, principalmente coas escolas infantís (tal e como reclama o Decreto 183/2013). Pero, como vemos, isto é posible na medida da suficiencia/insuficiencia dos dispositivos con relación á poboación a protexer. Cando o equipo, como ocorre no Deza, ten máis suficiencia é posible acadar un fluxo moito mais preventivo (facilitando a rapidez das derivacións e acollendo os casos aos poucos días de que emerxa a preocupación), máis resolutivo (obtendo un alto índice de rotación de casos con menor número de sesións) e máis denso no aspecto comunitario (pola posibilidade de tecer redes de servizos mais fluídas e integradas). Mentres que ao entrar en insuficiencia o equipo ten que centrarse na atención directa (visible no nº de sesións de atención directa e consultas de orientación) a costa da actividade comunitaria, pois os problemas preséntanse máis avanzados e con maior gravidade e requiren máis tempo para impulsar cambios nos núcleos familiares. O que repercute no equilibrio entre sesións de apoio e apoio comunitario. Neste contexto o incremento das sesións de orientación e a diminución das coordinacións ten que ver co esforzo da unidade por dinamizar desta maneira o sistema familiar, o primeiro e máis importante factor de progreso.

Cabe subliñar a presión exercida pola elevada e inesperada prevaleza das solicitudes na área da comunicación e da linguaxe requirindo a ampliación horaria da xornada das logopedas e a continuidade das súas achegas ó traballo do equipo e ás funcións de coordinador de caso. Mentres que as unidades apenas recibiron demandas relacionadas con problemas vinculados ao desenvolvemento motor, o que se debe a que estes problemas son atendidos dende os servizos de fisioterapia, terapia ocupacional e rehabilitación do SERGAS. En xeral, sen embargo, o perfil dos profesionais contratados tivo un bo axuste á demanda, tendo en conta os clústeres de casos antes mencionados. Pero é necesario mencionar a importancia de contar con profesionais especializados en desenvolvemento infantil típico e atípico, psicomotricidade relacional, adquisición de competencias pragmáticas e da comunicación, desenvolvemento do xogo, traballo comunitario e apoio familiar. A psicomotricidade relacional achega unha mellor comprensión e moitas solucións para os casos nos que se require unha prolongada reorganización emocional dende o corporal e vivencial tanto do neno como da familia (clúster sindrómico); a especialización en ciencias da comunicación e da linguaxe achega solucións para unha gran cantidade de nenos que precisan a mellora da pragmática e a construción ou enriquecemento do discurso verbal; e a especialización en traballo comunitario e apoio familiar resulta crucial para dar con solucións axeitadas nos conflitos afectivo-adaptativos que requiren cambios sistémicos. Ao tempo, para a comunicación interna do propio equipo, a comprensión e valoración dos casos e a participación no enfoque común é necesario que todos os seus membros teñan unha sólida formación en desenvolvemento infantil, traballo en equipo e comunitario.

Esta distribución de casos pode ter tamén algún efecto sobre o nº de casos que cada profesional pode acoller como coordinador e sobre o propio índice de rotación deses casos.

Na Atención Temperá a relación cos nenos, coas familias e cos contornos é moi demandante en canto a tempo de comunicación, rexistros, preparación de sesións, probas, etc. Dende a nosa experiencia o nº de casos a coordinar debería moverse entre os 10 familias/mes (mínimo) e 20 familias/mes (máximo) e as 30-60 familias/mes por cada equipo de tres profesionais, sendo preferible, para as áreas territoriais con menor demanda, diminuír o tempo de traballo antes que recortar o nº básico dos tres profesionais. Este núcleo resulta indicado para o desenvolvemento equilibrado do servizo. O establecemento de ratios mínimas e máximas por profesional e por equipo é obrigado para garantir a calidade do servizo. O “defecto de volume” de casos tanto en nº como en variedade produce falta de competencia e o “exceso” carencias no desempeño. Estas ratios deberían ser obxecto de estudo e consenso profesional e acomodarse aos diferentes contextos de traballo en Galicia: rural, urbano, metropolitano. Nas áreas rurais, con maior dispersión e menor demanda nas que é necesario máis tempo de desprazamento, apuntamos a posibilidade de contar con especialistas en Atención Temperá cun perfil transversal e que realizasen o seu traballo de forma itinerante e a domicilio pero que deberían estar agrupados como equipo vía telemática con outros profesionais de área rural.

**Ilustración 13. Carteira de casos**

Nas áreas máis densamente poboadas os equipos poderían contar con algún profesional a maiores dos tres profesionais básicos pero debería tenderse ao desdobramento ao exceder os 5 profesionais pois ao superar este nº o equipo deixa de ser operativo e ten risco de pasar a ser unha agrupación disfuncional.

Ao limitar o nº de membros do equipo aumenta a posibilidade de intercambio informal de información, a comunicación interna dos profesionais e o coñecemento global da poboación atendida. A actualización informativa de casos non se restrinxe aos tempos reservados para a reunión do equipo. E nestas reunións é moito máis doado centrar os problemas e resolvelos cando o conxunto dos profesionais xa dispoñen dun extenso "background" común sobre cada caso e sobre os recursos do contorno, e contan cun rodaxe semellante na súa interpretación e análise.

Na consolidación dos equipos inflúe tamén o coidado posto na súa composición e no seu desenvolvemento. Na organización das UDIAF déuselle moita importancia á transdisciplinariedade seguindo os estudos que avalan ese cambio (Bruder, 2010; Moore, 2012; Forster & Webster, 2012), toda vez que a Atención Temperá é un novo tipo de prestación que require novos perfís competenciais que non se atopan na formación nin nas prácticas tradicionais dalgunhas disciplinas. Nas primeiras etapas da Atención Temperá os equipos conformábanse seguindo un modelo multidisciplinario e xuntando disciplinas no mesmo dispositivo dende a vontade de atopar nesa multiplicidade solucións ás múltiples necesidades dos nenos e as familias. E ata moito despois non fomos conscientes nin dos problemas de estrés e de exclusión que esa organización implicaba para eles nin da complexidade dos problemas que debíamos afrontar. Co tempo quedou clara a necesidade de cambiar esa fórmula para conseguir que fosen os recursos os que se adaptasen aos intereses das crianzas e das familias, para o cal situarse na súa proximidade, ter flexibilidade horaria e incorporar progresivamente competencias transversais resulta determinante. No modelo transdisciplinario trátase de facilitar ás familias un interlocutor único (coordinador de caso) que teña unha visión comprensiva das súas necesidades e lles evite o estres de peregrinar por múltiples recursos e profesionais (Care Coordination Network, 2008; KPMG, 2014). O coordinador de caso é un profesional capacitado

para acoller as preocupacións das familias e canalizar as valoracións e solucións que lle transfire, en caso necesario, o seu equipo.

Para organizar estes equipos temos que contar con profesionais que saiban entender en primeiro lugar as claves do desenvolvemento infantil. Que saiban comunicarse coas familias e construír obxectivos comúns con outros. Que faciliten o traballo conxunto coa familia e con outros profesionais. Na constitución e no proceso formativo das UDIAF fíxose o esforzo de afondar nesa ollada máis transversal que integre desenvolvemento infantil, apoio familiar e inclusión social (Guralnick, 2005; DEC, 2009; EBIFF, Pasaporte Europeo da Atención Temperá, 2009), e que fomente o saber práctico de acoller e dinamizar as capacidades dos nenos, das familias e dos recursos comunitarios. Deste xeito o servizo comunitario específico de Atención Temperá pode servir ao seu obxectivo de impulsar e coordinar cambios nos contornos naturais mediante a participación activa da familia e formando equipo co servizo social comunitario, a escola infantil e o centro de saúde. De tal xeito que, nesa concepción, os equipos non deben replicar nin duplicar constantemente profesionais e atencións que xa existen noutros servizos públicos. O equipo de Atención Temperá pode e debe aproveitar en rede o informe social do SSC, a experiencia da educadora familiar, o coñecemento da pediatra, da titora da aula ou da especialista en pedagoxía terapéutica, o informe da situación de dependencia e da accesibilidade da vivenda da terapeuta ocupacional, articularse cos servizos de fisioterapia de rehabilitación, etc. E debe formarse na competencia de integrar as perspectivas dos distintos axentes poñendo no centro das súas actuacións o interese superior do menor e os valores, preocupacións e obxectivos da súa familia.

**Ilustración 14. Especialización en Atención Temperá**[4]

4 *Agencia Europea para el Desarrollo de las NEE (2005): Atención Temprana en Europa. Aspectos Clave y Recomendaciones.*

Un indicador da calidade asistencial ten que ser a consecución de servizos con enfoques integrados e coherentes, e que sexan quen de sobrepoñerse as rixideces, inercias de procedemento e prácticas illadas e fragmentarias do pasado. Na nosa experiencia, cantas máis carencias e dificultades existen para ofrecerlle ás familias un discurso coherente dende as redes de servizos públicos máis se está a provocar a súa inmersión en situacións de estrés crónico e nunha esgotadora e custosa carreira de consumo de recursos.

Saber realizar traballo comunitario, saber comunicarse coas ás familias, saber xogar cos nenos, ter sempre presente o que significa a ética do traballo ante situacións de necesidade son aspectos axiais da práctica da Atención Temperá e forman parte dos retos para a formación dos profesionais. Son competencias persoais que o profesional debe incorporar ao seu acervo de recursos. A formación continua dos profesionais ocupa un lugar destacado no proxecto das UDIAF e durante estes 7 anos os equipos realizaron unha media de 20 horas de actualización formativa cada ano e outras 20 horas de formación en xestión de procesos. Así mesmo completaron unha media de 7,7 sesións de equipo e 20,1 actuacións comunitarias cada mes. Os equipos dedican aproximadamente 2/3 da súa xornada á actuacións directas e 1/3 a actuacións indirectas, esenciais para a calidade do servizo

**Ilustración 15. Traballando xuntos**

Darlle estabilidade e continuidade ao equipo nas súas respectivas comarcas é outro indicador de calidade dos servizos e unha recomendación que xa se recolle no documento sobre Atención Temperá da Axencia Europea[5]. A contratación indefinida, actualmente ao 100% do persoal das unidades establecidas en 2009 permitiu a planificación a medio e longo prazo das súas actividades, a adaptación da formación continua ás necesidades do servizo e a implicación e rodaxe dos equipos en clave interna e tamén en clave externa, construíndo unha rede sólida de relacións con outros servizos. A contextualización, iniciada a través da presentación dos equipos aos recursos comunitarios, continuada a través da coordinación estable no traballo de caso, e reforzada mediante actividades conxuntas de carácter preventivo ou de sen-

5 *Agencia Europea para el Desarrollo de las NEE (2005): Atención Temprana en Europa. Aspectos Clave y Recomendaciones.*

sibilización, permite a significación mutua de familias e servizos e multiplica a economía da colaboración coas familias, as escolas, e os servizos pediátricos ou comunitarios. O capital de significación adquirido na actividade contextual nas respectivas comarcas constitúe unha inversión de alta rendibilidade pois multiplica a eficacia dos contactos e os resultados da actividade do propio equipo, das familias e dos recursos comunitarios. A este respecto cabe manifestar a preocupación polos efectos da descontinuidade laboral nas redes de servizos: os cambios frecuentes de orientadoras, de pediatras, de profesores de apoio, obrigan a renovar e duplicar esforzos aos profesionais, socavan a confianza e descentran ás crianzas e ás familias ao respecto dos seus interlocutores.

**Cadro 1. Estabilidade do equipo**

| |
|---|
| **SEGURIDADE** |
| **IMPLICACIÓN** |
| **FORMACIÓN** |
| **CONFIANZA** |
| **CONTEXTUALIZACIÓN** |
| **REDES** |
| **CONTINUIDADE** |

Por último, outro elemento clave na consolidación dos equipos é o mantemento dunha tensión axeitada entre autonomía e supervisión. A autonomía na dirección das unidades apoiada nunha coordinación externa de carácter puntual pero habitual favorecen a implicación, o mantemento das estratexias de actuación, a responsabilidade na xestión, a mellora continua, a participación en estudos e investigacións ou o interese formativo. Os equipos remiten ao coordinador das UDIAFS unha memoria mensual e anual das súas actividades e participan cada ano nun estudo relacionado co servizo: poboación dependente, carteira de servizos, perfís diagnósticos, clasificación da demanda, informes, etc. Cada ano os equipos, dedicaron 16 horas como mínimo a reunións de intercambio, reflexión e homoxeneización das súas experiencias, soportes, ...

## ADECUACIÓN DAS INSTALACIÓNS E SOPORTES

Para desenvolver os servizos coa mínima perda de tempo en funcións non asistenciais as UDIAF necesitan unha plataforma accesible cunha localización preferente nas cabeceiras ou capitais das súas respectivas comarcas pero con facilidade de desprazamento ao conxunto da zona pois os servizos deben compaxinar a atención en centro coa atención e a coordinación co contorno. As actuais UDIAF están localizadas en Lalín, Vilagarcía e Carballo mediante acordos de cesión de locais coa administración local e autonómica pois non había financiación suficiente para asumir o custo de locais deseñados expresamente para as funcións a desempeñar. Esta situación ten producido inconvenientes para realizar axeitadamente o traballo e de feito este é o ámbito peor valorado polas familias.

**Ilustración 16. Sala de apoios**

Os servizos comunitarios de Atención Temperá precisan espazos e tempos para que os coordinadores de caso poidan ter unhas condicións semellantes de traballo: por unha banda un sistema informático para a xestión, rexistro e intercambio do traballo realizado entre eles e coas redes comunitarias; por outra, un espazo polivalente como lugar de diálogo e xogo coa familia e cos nenos, e por último un tempo para desprazarse ao domicilio ou a escola, ao centro de saúde ou de servizos sociais. Sería necesario abrir un debate sobre as fórmulas máis axeitadas para levar a práctica os procesos de cambio nos contornos naturais. Dende a experiencia das UDIAF pensamos que as familias e os nenos precisan un lugar de diálogo e intercambio, un escenario na proximidade e ao seu servizo, un espazo no que como explicou Goffman (Goffman, 1959) poidan explorar e compartir entre eles e cos coordinadores as súas perspectivas, preocupacións, ilusións, desexos ou medos. Un espazo no que xogar roles, rutinas e situacións diarias, que poida servir como espazo liminar e de tránsito (Turner, 1969) no proceso de cambio da identidade na súa vida cotián, na casa, na escola ou no parque. En moitos casos os nenos precisan dun espazo de seu que por diversas razóns non se lle pode ofrecer na casa, na escola ou no espazo comunitario. En outros as familias consideran un estigma ou unha intrusión a visita domiciliaria. As veces o traballo no domicilio ou na escola non pode sobrepoñerse á forza excluínte dun etiquetaxe equivocado dende outros recursos. Os servizos comunitarios deben guiarse por criterios e liñas de intervención contrastadas. Guiadas por criterios claros e por iso mesmo flexibles e adaptables ás distintas realidades e necesidades dos nenos e das familias, evitando o reducionismo ou a simplificación respecto dos modelos asistenciais.

Como tal espazo liminar e de exploración, os servizos comunitarios deben de contar cun equipo mínimo de tres profesionais e polo tanto con tres coordinadores de caso, con tres salas duns 18-20 m$^2$ cada unha deles, e cun pequeno almacén de materiais e obxectos de xogo que son imprescindibles no traballo dos servizos de Atención Temperá. Contar con este espazo non significa converter as salas e os servizos de Atención Temperá en miniparques temáticos ou saturados de estímulos sensoriais, se non configurar un espazo con recursos que nos permitan valorar a actividade autónoma e libre do neno (Calmels, 2010; Abad & Ruiz de Velasco, 2011). Ofrecer aos nenos e aos pais lugares para explorar e representar conflitos, medos, angustias e inseguridades, facilitar e consolidar relacións afectivas ou favorecer tomas de conciencia dende unha posición de maior control e de maior seguridade pero tamén de maiores oportunidades de exploración e xogo baixo o seu control.

Os servizos comunitarios precisan tempo para realizar as súas funcións de dinamización e inclusión. Tempo para as consultas de acollida, tempo para as observacións e diagnósticos, tempo para as sesións de apoio ós nenos e ás familias, tempo para as sesións de orientación e seguimento periódico, tempo para visitar os CEIPS e as escolas infantís, os centros de saúde, os servizos sociais, os domicilios das familias. Tempo para rexistrar datos e procesos evolutivos, tempo para acordar plans de intervención, tempo para o equipo, para a formación avaliación, para participar en actividades comunitarias de prevención primaria e secundaria.

No funcionamento dos servizos un aspecto critico é a organización e soporte dos procesos. As UDIAF partiron dun portafolios completo de formularios de rexistro, memoria e soporte para o traballo de caso, pero este modelo lóxico foi remodelado e informatizado progresivamente ata contar hoxe cunha aplicación informática (SiAT®), un software integrado de xestión de expedientes e análise interdisciplinario de caso deseñado especificamente para os servizos de Atención Temperá. O software facilita a axenda común dos profesionais, rexistra de maneira automática as actuacións e permite o seguimento de traballo de caso, edición de memorias, preparación de informes, etc.

**Ilustración 17. Aplicación informática. Pantalla de entrada**

Ao longo dos anos, foise modificando tamén o regulamento de réxime interior das unidades ata contar hoxe cun Contrato Asistencial (AGAT, 2015, ver anexo F) elaborado tamén como Guía das Familias no que se expón a titularidade do servizo, as funcións, os mecanismos de información, a identificación do persoal, o sistema de admisión e baixa, os dereitos e deberes, etc.

**Cadro 2. Epígrafes do contrato asistencial**

| | | |
|---|---|---|
| **Titularidade** | **Funcións** | **Mecanismos de información** |
| **Características** | **Persoal** | **Dereitos** |
| **Duración do servizo** | **Normas xerais** | **Deberes** |
| **Sistema de admisión** | **Réxime económico** | **Sistema de baixa** |

O desenvolvemento da Rede Galega de Atención Temperá debería ir acompañado da clarificación de todos estes aspectos estruturais, profesionais e normativos. O acceso, a acreditación e avaliación dos servizos e o recoñecemento do valor social e laboral dos profesionais da Atención Temperá, cuxo nivel formativo e de competencias está ao nivel máis alto de cualificación da escala profesional.

Por último, no tocante aos indicadores estruturais e profesionais, os que foron cualificados como máis importantes polas UDIAF para figurar no cadro de mando son os seguintes:

**Táboa 10. Indicadores de estrutura e profesionais para o cadro de mando**

| | |
|---|---|
| Adecuación normativa | 4,5 |
| Accesibilidade | 4,4 |
| Estabilidade do equipo profesional | 4,4 |

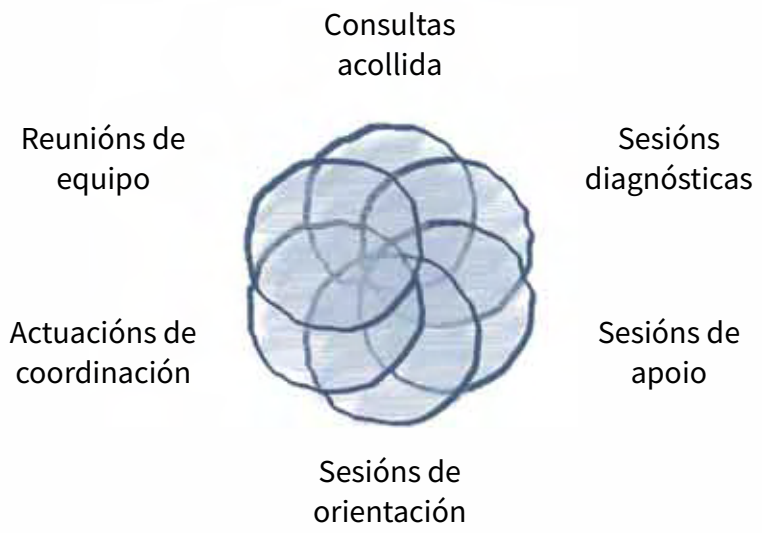
Escala 1 a 5

# ACTIVIDADES

Estes indicadores dan conta do nº de accións realizadas en relación co glosario de actuacións que organiza a actividade das UDIAF. O primeiro indicador, "Prestacións individuais" é o resultado de sumar as consultas de acollida, diagnósticas, de apoio e de orientación. Mentres que o indicador "Actuacions de coordinación" da conta das actividades de traballo de caso que implican entrevistas, contactos, reunións, visitas, etc., aos recursos comunitarios para coordinarse con eles.

Trátase de indicadores cuantitativos dos que podemos extraer tamén estimacións aproximadas en canto á carga asistencial das unidades, o nº de ingresos (aproximadamente a metade das consultas de acollida), a complexidade dos casos (consultas diagnósticas e consultas de orientación) e o nº de sesións de apoio que implican os diferentes procesos. Igualmente proporcionan información valiosa sobre a actividade externa e comunitaria da unidade ao diferenciar ese aspecto do traballo, recontar o nº de sesións que celebra mensualmente cada equipo e o nº de actividades de coordinación externa (sumando traballo de caso e traballo institucional) que realiza cada UDIAF.

**Ilustración 18. Diferenciación das actividades**




A diferenciación e globalización do reconto de actividades permite por en valor unha gran parte do traballo dos coordinadores de caso e dos equipos que normalmente non é visible é polo tanto é ignorado ou non valorado suficientemente polas familias e as administracións. Este rexistro permite constatar o carácter multidimensional e complexo da Atención Temperá e da conta do tempo que hai que dedicar as acollidas, devolucións, informes, avaliacións, desprazamentos, entrevistas, visitas ás escolas, preparación de sesións, etc. Co rexistro de actividades ponse de manifesto a inxustiza e o erro que supón tratar de medir a Atención Temperá en número de sesións individuais co neno/a, pois a nosa estimación, concordante coa de outras CC.AA. e que o tempo de intervención en sesións de apoio ven sendo un 60% do tempo

de traballo mentres que as outras actividades ocupan o restante 40%. A redución do traballo a sesións individuais simplifica o complexo, réstalle valor aos cambios no desempeño do neno nos contornos naturais, ou aos cambios na familia e nos contextos e favorece a creación dunha cultura simplista, descontextualizada, consumista e ineficiente dos servizos. A xestión inadecuada, facendo pivotar o traballo de Atención Temperá sobre o nº de sesións individuais pode incluso perverter a relación entre os dispositivos e as familias, cronificando os apoios e desenfocando a función de socialización inclusiva da Atención Temperá.

A diferenciación por tipos de actuación é moi interesante tamén para afondar nos procesos ao proporcionar un conxunto de indicadores de escala. Estas variables de escala nos permitirán contrastar, agrupar ou diferenciar as tipoloxías de casos, como temos visto no apartado de cobertura das unidades na obtención de diversos clústeres, ou realizar outras investigacións e estudos que poden ser importantes para planificar a composición e dotación dos dispositivos, os perfís profesionais ou os tempos e intensidades de intervención, modificar estratexias e liñas de intervención.

De cara a conformación dunha rede asistencial e a perfilar dun modo máis rigoroso os equipamentos necesarios para realizar as funcións que prevé o Decreto 183/2013, polo tanto, será fundamental empezar por definir ou redefinir este glosario de actuacións para deixar constancia da actividade multidimensional dos equipos, do traballo co nenos, coa familia e coa comunidade e moi particularmente coa escola infantil, o servizo social comunitario e o centro de saúde. Na experiencia das UDIAF a distinción entre acollida, diagnóstico, apoio, orientación e coordinación ofrece pistas sobre a presión asistencial que experimentan os equipos ou a aparición de inercias tendentes a privilexiar as actividades de orde interno fronte as obrigacións comunitarias. Posiblemente será necesario afinar mellor ese glosario para contabilizar eficazmente o traballo real de preparación, rexistro, reflexión, cooperación e información que realizan os profesionais e que non se reflicte axeitadamente nas estatísticas. Sen embargo, paralelamente, haberá que facer un esforzo por evitar o exceso de burocracia na actividade profesional, convertendo o conxunto das accións nun sistema asfixiante de rexistros. Neste sentido, para mellorar o desempeño nas unidades foi de gran valor a utilización dunha aplicación informática feita a partir da experiencia e necesidades profesionais.

**Táboa 11. Indicadores de actividades para o cadro de mando**

| | |
|---|---|
| A1 Nº de prestacións individuais | 4,2 |
| A3 Nº de sesións de apoio | 4,2 |
| A5 Nº de actuacións de coordinación | 4.5 |

Escala 1 a 5

## PROCESOS

As UDIAF seguen unha metodoloxía de traballo que esixe utilizar criterios de elixibilidade na admisión de solicitudes, adxudicar a coordinación de caso a través do equipo e estruturar a información recollida a través dun procedemento sistematizado no que ocupan un lugar central os procesos de diálogo cos nenos e coas familias e o rexistro posterior dos encontros. A partir de 2015 estamos implantando o Protocolo de Intervención e Derivación que define os criterios de elixibilidade e establece un marco metodolóxico común para toda a Rede Galega de Atención Temperá.

**Cadro 3. Criterios de entrada segundo o Protocolo**

| |
|---|
| a) O/a neno/a presenta unha condición diagnóstica con alta probabilidade de desenvolver un trastorno ou atraso no desenvolvemento . |
| b) O/a neno/a presenta unha situación de atraso ou trastorno no desenvolvemento con referencia a súa idade e condición madurativa. |
| c) O/a neno/a convive con situacións de estrés, de desaxuste continuado da interacción familiar ou de exclusión social con alta probabilidade de trastorno ou atraso no desenvolvemento de non mediar intervención. |
| d) O/a neno/a atópase nunha situación de vulnerabilidade evolutiva por confluencia e/ou predominio continuado e negativo de factores de risco biolóxicos, psicolóxicos e sociais sobre os correspondentes factores de protección, con alta probabilidade de que poida desenvolver un trastorno ou atraso no desenvolvemento de non mediar intervención. |

No que se refire á admisión de solicitudes, a demanda axústase maiormente aos criterios de elixibilidade do Protocolo con moi poucas confusións en canto á derivación de demandas que deberían ter sido dirixidas aos servizos sanitarios ou educativos ou que non eran motivo de atención nos servizos. En xeral hai un bo axuste das solicitudes ao ámbito asistencial no que ten que ver tamén a construción dun bo clima de relación e interacción cos recursos comunitarios.

Todos os casos contan cun expediente informatizado no que se rexistra a solicitude, a data de entrada, a data da primeira consulta e a data de alta, o motivo da demanda e a súa procedencia, a existencia ou non de discapacidade e dependencia, os datos demográficos e de xestión da solicitude e as hipóteses referidas ao perfil diagnóstico ou problema evolutivo presentado. Na experiencia das UDIAF, como xa avanzamos anteriormente, sería preferible avanzar cara a un sistema de clasificación que mellorara o actual sistema da ODAT, e puxera no centro dos problemas evolutivos a súa contextualización, a obxectivación dos estadios evolutivos e a situación de socialización nas que se atopa cada neno/a. Deste xeito podería comezar a regularse outra forma de avaliación de resultados no traballo de caso, máis vinculados aos cambios rexistrados na autonomía persoal e no contexto de vida, en liña co marco teórico da CIF e as novas formas de medir a participación social. A creación dunha ferramenta interdepartamental axeitada é un dos aspectos no que compre realizar un esforzo de consenso técnico nos vindeiros anos.

Ao longo destes anos, en sucesivas sesións de avaliación, foise modificando a información rexistrada nos expedientes. Estes incorporan hoxe en día na consulta de acollida, por unha banda, a recepción das preocupacións e intereses das familias, a contextualización dos problemas evolutivos presentados, o xenograma e parentesco das persoas que forman parte da unidade de convivencia, un resumo dos fitos biográficos e dos fitos evolutivos acontecidos na vida do neno/a, un resumo das súas rutinas de vida, a traxectoria de escolarización e a condición de saúde. Por outra, a información do entorno significativo, a observación dos aspectos axiais do desenvolvemento e unha proba de cribado (o ASQ, Ages & Stages Questionnaires) administrada de forma sistemática coa colaboración da familia. En moitos casos, a consulta de acollida acompáñase de sesións diagnósticas de observación con ou sen videograbacións e probas complementarias.

**Cadro 4. Epígrafes da historia das UDIAFS**

| |
|---|
| **MOTIVO DA DEMANDA** |
| **CONTEXTUALIZACIÓN** |
| **UNIDADE DE CONVIVENCIA** |
| **TRAXECTORIA BIOGRÁFICA** |
| **CONDICIÓN DE SAÚDE** |
| **TRAXECTORIA ESCOLAR** |
| **RUTINAS DE VIDA** |
| **VALORACIÓN INICIAL** |

Dende a súa posta en funcionamento as UDIAF non distinguen entre sesións de apoio ao neno e sesións de apoio á familia pero si se diferencian as consultas de acollida, as consultas diagnósticas e todas as accións ou entrevistas de coordinación. Esto permite, como xa temos dito, facer un seguimento da actividade das unidades e poñer en valor as actividades diferenciadas que son esenciais para a calidade do traballo.

A práctica destaca o papel fundamental da consulta de acollida, da valoración interdisciplinaria e da entrevista de devolución tal e como recolle o Libro Branco de Atención Temperá (GAT, 2000; Ponte, 2013), como momentos clave no proceso. Tanto para a valoración do neno como para identificar o entorno significativo e, sobre todo, para construír unha alianza coa familia. A consulta de acollida, a valoración en equipo e a entrevista de devolución son pezas clave da intervención, momentos nos que tratamos de dar resposta ás interrogantes claves para buscar unha solución positiva á situación .

**Ilustración 19. A valoración en equipo**

En canto as sesións de apoio, resulta útil englobar baixo esa denominación todas as sesións de intervención directa, e darlles un formato flexible en canto a presenza do neno, da familia, ou da familia e o neno. En moitas ocasións, e ás veces durante meses os nenos/as, as familias precisan de espazos persoais diferenciados nos que ordenar as súas vivencias e experimentar novas formas de relación que lles permitan abrir novas perspectivas e adoptar novas actitudes nas relacións familiares. Elaborar emocións e afectos, adquirir recursos para o diálogo, a iniciativa ou a exploración do medio. Superar as barreiras físicas ou sociais existentes. Pensamos que os servizos comunitarios deben adoptar unha posición flexible en canto ás necesidades de cada neno e cada familia, e ter en conta a influencia que exercen uns e outros axentes sociais.

Neste sentido concedémoslle tamén moito valor á reflexión dos coordinadores de caso sobre a súa forma de relación cos nenos e coas familias e con outros profesionais. Á posibilidade de expresión no equipo dos sentimentos que inevitablemente se producen nas relacións. Á escoita activa. Á evitación de toda actitude que poida resultar intrusiva ou non apreciativa das crenzas e valores da familia. Saber falar e chegar a acordos coas familias e cos recursos comunitarios; saber estar e xogar cos nenos, son aspectos prioritarios nos obxectivos de mellora no traballo de caso.

Ao traballo de avaliación dirixido a saber comunicarse, engadimos o traballo por coordinarse e informar adecuadamente cando se require un traballo conxunto, un apoio mutuo, unha toma de posición, formalizar un acordo ou facilitar un tránsito a outros recursos ou contextos. As UDIAF teñen entre os seus obxectivos de calidade a sistematización do traballo comunitario a través das entrevistas, accións de coordinación e informes así como mediante os Plans Personalizados de Intervención (PPI) que acordamos coas familias. A nosa experiencia indica a relevancia da información escrita para o neno e a familia e, polo tanto, a necesidade de coidar especialmente o que se di ou como se di, pois no centro da nosa actividade sitúase a identidade e a imaxe das persoas coas que temos relación (Castilla del Pino 1989, Goffmann, 1956, 1963).

Por iso, para coidar a imaxe e a identidade dos nenos e non limitar as súas posibilidades de inclusión social é necesario insistir sobre a necesidade de mellorar a forma de afrontar os procesos diagnósticos e, en xeral, os procesos de transición entre contextos.

É urxente estender a formación na práctica da denominada "primeira noticia" cando se informa ás familias dun diagnóstico, para evitar que un diagnóstico atinado poida converterse nun mal duelo. Así como urxe tomar conciencia sobre as negativas consecuencias de levantar alarmas e impoñer de maneira precipitada e innecesaria pseudodiagnósticos clínicos ante calquera problema evolutivo ou adaptativo, convertendo o pseudodiagnóstico nunha lousa e unha barreira para a socialización e o propio cambio evolutivo. Moitas veces os pseudodiagnósticos son a consecuencia da crise da cultura de crianza, da incomprensión dos cambios que experimentan os nenos e das súas manifestacións condutuais, por exemplo a necesidade de individuación ou de afirmación, de xogar coa propiedade dos obxectos, coa presencia e coa ausencia, cos límites, etc.

Igualmente consideramos que sería conveniente realizar unha posta en común entre os profesionais dos distintos departamentos para organizar as transicións entre contextos e as derivacións entre servizos. Unha boa preparación das transicións pode axudar a evitar moitos problemas adaptativos, especialmente na incorporación ao segundo ciclo de infantil, un tránsito que non é sinxelo. Así mesmo creemos que sería desexable revisar no Protocolo de Coordinación a cláusula que establece a obrigatoriedade dun informe de alta. O informe de alta debería emitirse sempre, na nosa opinión, a requirimento da familia e non como un trámite burocrático pois en moitos caso a familia non quere que se expoñan aspectos privados e íntimos da vida familiar que, no caso de obviarse, impiden unha comprensión axeitada do problema suscitado. E tamén creemos que debería cambiarse o punto da Axenda 2015-2017 no que se refire á derivación "sistemática" a unha valoración de discapacidade ou dependencia no momento da alta. Non nos parece que teña sentido que na alta dun servizo de Atención Temperá se oriente de forma sistemática ás familias a facer unha valoración de discapacidade.

A valoración do desenvolvemento na etapa 0-6 require unha alta especialización, unha coidadosa observación en distintos contextos e un prolongado seguimento antes de converter problemas en diagnósticos ou diagnósticos en problemas. Aínda que é comprensible que a ansiedade dos pais e dos educadores ante comportamentos atípicos dos seus nenos poida inducir a xuízos precipitados, é necesario facer unha chamada á responsabilidade a todos os sectores para evitar fixar unha hiperidentidade ou hipoidentidade precoz (Ponte & Balado, 1997) que condicionará as posibilidades do neno/a de por vida.

No momento actual, os aspectos metodolóxicos nos que se centra a mellora dos procesos nas UDIAF son os referidos no cadro de indicadores que figura a continuación, e que en función da avaliación dos equipos propoñemos integramente para o cadro de mando dos servizos comunitarios.

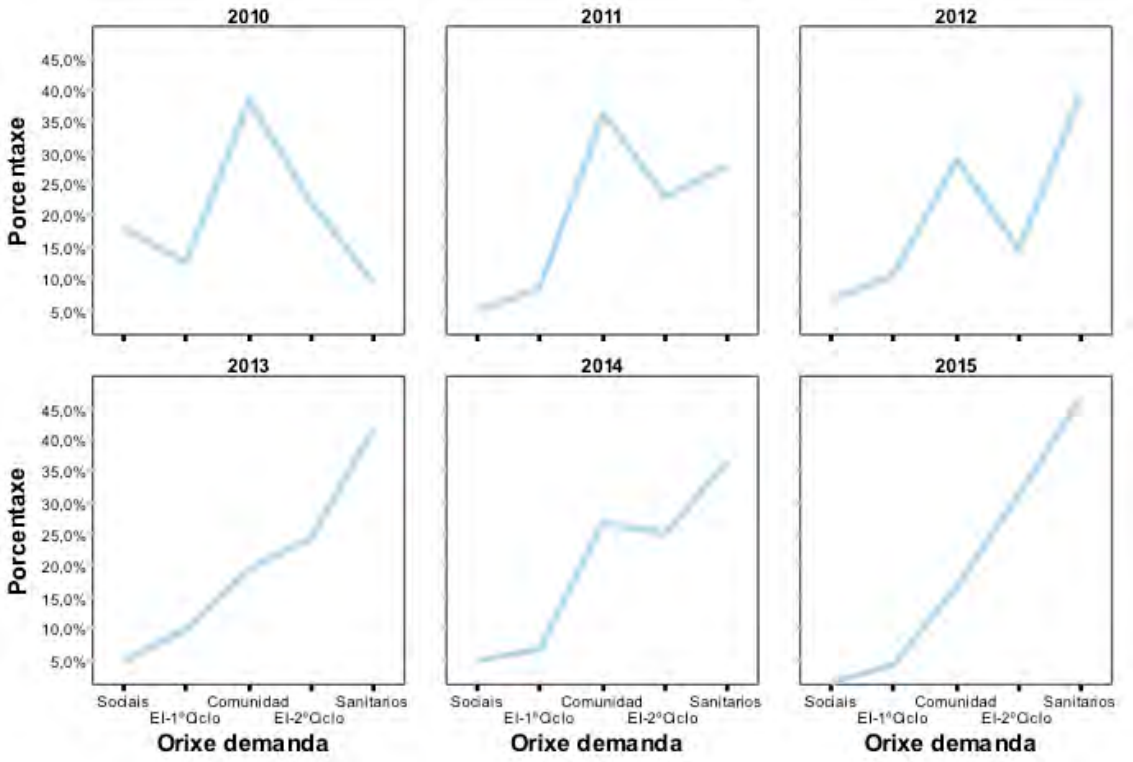
Táboa 12. Indicadores de procesos para cadro de mando

| | |
|---|---|
| P.4 As familias reciben información e orientación sobre os recursos e prestacións públicas dispoñibles nas redes comunitarias | 5 |
| P.2 O equipo acorda e asigna o coordinador de caso | 4,7 |
| P.8 Todos os expedientes no momento de alta contan cun informe de alta dispoñible a petición da familia | 4,7 |
| P.4 Todos os expedientes en intervención teñen rexistrada a consulta de acollida e os seus epígrafes básicos de historia de caso | 4,5 |
| P.5 Nas preocupacións por retraso evolutivo aplícase e rexístrase sempre unha proba estandarizada de cribado | 4,5 |
| P.9 Todos os expedientes no momento de alta contan con rexistro do seu perfil diagnóstico | 4,4 |

Escala 1 a 5

# RESULTADOS

Ilustración 20. Procedencia das derivacións



Ao inicio da actividade as familias chegaban ás UDIAF maioritariamente a partir de iniciativa directa das propias familias, sendo un dos obxectivos fundamentais do noso plan de actividades anual conseguir unha detección e derivación a través das redes de servizos. Este obxectivo foi acadándose co paso do tempo, consolidándose a tendencia de que sexan os pediatras dos centros de saúde e os equipos educativos de 2º ciclo de infantil o sector que remite maioritariamente aos nenos. A evolución dende o ámbito sanitario vai do 10% en 2010 a máis do 50% en 2015 indicando unha crecente fluidez entre ambos recursos. Pola contra cabe sinalar a sorpresa que produce a diminución das derivacións con orixe nas escolas infantís do primeiro ciclo, que pasan dun 12% a un 4%, e mesmo nos servizos sociais (do 18,1 ao 1,3). Outro dos obxectivos clave do dispositivo, a precocidade da atención, acollendo as solicitudes canto antes e evitando as listas de espera ten experimentado retrasos polo crecemento da demanda e as dificultades para manter unha rotación axeitada dos casos naqueles lugares nos que os problemas evolutivos se presentan máis avanzados ou con maiores dificultades.

En canto á demora entre solicitude e consulta de acollida este dato, segundo vemos no indicador R.3, sitúase hoxe entre os 20,70 días no Deza e os 29,07 días en Bergantiños, un prazo que se pode considerar aceptable pero non óptimo, tendo en conta que 30 días é o prazo que consideramos límite na acollida. En canto ao nº de nenos en lista de espera segundo vemos no indicador R.4, o nº actual a 31 de decembro é 1 (Deza), 7 (Salnés) e 7 (Bergantiños), seguindo unha tendencia moi positiva dende os 28 ou 32 casos rexistrados a 31 de decembro de 2011.

No que se refire á rotación de casos, e dicir, á relación entre casos atendidos e casos novos, relación que sinala a renovación e mobilidade dos casos, e que podemos relacionar co obxectivo de manter unha dinámica preventiva nas UDIAF, a evolución global é francamente positiva. Nas táboas R.1, R.5 e R.6 pódese apreciar que o índice de rotación de casos supera habitualmente o 40% do total, conseguindo un bo balance entre ingresos e altas.

**Ilustración 21. Rotación**

| Anos | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| Deza | 34,8 | 38,18 | 42,42 | 36 | 49,09 |
| Salnés | 48,8 | 34,67 | 45,45 | 42,18 | 41,5 |

Por último, neste apartado hai que destacar os excelentes resultados obtidos polas UDIAF na avaliación das familias. As familias avalían as UDIAF dende 2009 mediante una enquisa de satisfacción na que cualifican os servizos recibidos. A enquisa ten 11 ítems, nove menos que a enquisa orixinal (MPOC) de Rosembaun (King & Rosembaun, 1998), para facilitar o seu cumprimento. Abrangue dende o estado das instalacións e a accesibilidade dos servizos (o que xa vimos no apartado estrutural) ata a satisfacción pola acollida, a dispoñibilidade dos profesionais, a información, a coordinación e a confianza coa unidade.

**Ilustración 22. Satisfacción das familias**

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEZA | 4,6 | 4,4 | 4,75 | 4,8 | 4,88 | 4,81 |
| SALNÉS | 4,6 | 4,4 | 4,74 | 4,68 | 4,76 | 4,79 |
| BERGANTIÑOS | | | | | | 4,72 |

Escala 1 a 5

Como vemos na gráfica o índice de satisfacción das familias obtén as máis altas puntuacións, valoración que se repite en cada un das dimensións sobre as que se pide opinión:

**Cadro 5. Dimensións avaliadas polas familias**

| |
|---|
| **Acollida recibida** |
| **Posibilidade de falar das nosas preocupacións e ser escoitados** |
| **Accesibilidade e dispoñibilidade dos profesionais** |
| **Satisfacción coa información, atención e orientacións que recibimos** |
| **Coordinación e colaboración da UDIAF con outros recursos e servizos** |
| **Confianza nos profesionais da UDIAF** |

En resumo, no que se refire a resultados que nos permiten seguir a carga asistencial e a fluidez dos procesos, os datos das unidades mostran que progresivamente os centros de saúde e os pediatras de Atención Primaria son a estación fundamental de canalización da demanda, e que a detección ten unha orixe diversa. Sen embargo compre sinalar o baixo número de nenos/as detectados nas escolas infantís de primeiro ciclo así como dos servizos sociais. O que merecería algún tipo de esforzo de coordinación. Os datos sinalan tamén a conveniencia de manter un período de transición máis flexible en canto a implantación do Protocolo de Coordinación e derivación a través de pediatría.

Os datos de nenos atendidos ano a ano, xunto coa demora na primeira consulta e a existencia de lista de espera, permiten medir indirectamente a capacidade de carga asistencial das unidades, e indícannos que están no límite das súas posibilidades funcionais.

Por outra banda, o indicador de ingresos anuais e o de rotación ofrecen unha aproximación a esa funcionalidade dos dispositivos no sentido de manter a dinámica preventiva que resulta vital para acadar ós obxectivos das unidades.

Finalmente, ante a inexistencia, de momento, de instrumentos que permitan medir e obxectivar os avances dos nenos e das familias en termos de desempeño contextual e que sexan admitidos por todos os sectores profesionais, a fidelización e as enquisas de satisfacción das familias achegan sinais moi significativas do valor que estas lle dan ao traballo que se está realizando. Menos dun 5% das familias solicitaron o alta voluntaria das unidades mentres que a cualificación dos servizos acada rangos de puntuación dificilmente superables.

Na discusión dos profesionais os indicadores mellor valorados e propostos para o cadro de mando son os seguintes

**Táboa 13. Indicadores de resultados para o cadro de mando**

| | |
|---|---|
| R.8 Satisfacción das familias | 5,0 |
| R.1 Poboación atendida | 4,8 |
| R.5 Ingresos | 4,4 |
| R.2 Derivación | 4,2 |
| R.3 Demora | 4.2 |

Escala 1 a 5

# CONCLUSIÓNS

1. Os datos das UDIAF, sobre 714 casos analizados nas comarcas do Deza, Salnés e Bergantiños, sinalan a existencia dunha franxa de poboación non inferior ao 2% e moi probablemente no entorno do 6% que precisa o apoio dun servizo comunitario de Atención Temperá.

2. A demanda das familias e das redes de servizos ten que ver coa detección de problemas no ámbito da linguaxe (30,3%), a conduta (20,0), aspectos afectivo-emocionais (15,1%), problemas derivados de síndromes (10,6,%), dificultades nos hábitos (7,3%) ou retraso evolutivo global(7,1%). As UDIAF apenas reciben demandas relacionadas con dificultades na área motora (4,2%) ou sensorial (0,7%).

3. A porcentaxe das familias nas que se aprecian problemas importantes na interacción ven situándose no entorno do 12 % mentres que se identifican situacións de grave exclusión social nun 10% dos nenos/as atendidos.

4. Existe un factor diferencial de prevaleza de problemas no desenvolvemento entre nenos e nenas nunha relación constante de 2/1 ao longo dos anos.

5. A idade de acceso dos nenos/as UDIAF distribúese dun xeito equilibrado en tódalas idades de 0 a 6, pero existe un nº significativo menor de solicitudes de 0 a 1 anos (3,1%).

6. A detección dos problemas dáse maioritariamente nos servizos de pediatría de Atención Primaria (46,4%) e nos servizos educativos de 2º ciclo (31,1%), mentres que diminúe a detección nos servizos sociais e educativos do 1º ciclo ata un 1,3% e 4% respectivamente no 2015.

7. A demora media na atención das solicitudes é de 23 días nestes anos, pero hai unha tendencia de progresión ata os 31,3 día no ano 2015 superando o límite de referencia de 30 días. O incremento da demora sendo consecuencia da insuficiencia das UDIAF do Salnés e Bergantiños para cubrir a demanda nos seus territorios (6.000 nenos no Salnés, 2.950 en Bergantiños e 1.600 no Deza).

8. A lista de espera a 31 de decembro de 2015 non é significativa (1 solicitude no Deza, 7 no Salnés e 7 en Bergantiños) pero a costa de modificar negativamente a fórmula asistencial máis conveniente no Salnés e Bergantiños.

9. Todos os nenos/as e as súas familias son acollidos por medio de consultas nas que se recollen e orientan as súas preocupacións. A calidade da consulta de acollida e da entrevista de devolución son fundamentais para construír unha alianza con cada familia e garantir a calidade do servizo.

10. Os casos atendidos das UDIAF poden agruparse en tres clústeres diferentes en función da intensidade das actividades de consulta, diagnóstico, apoio, orientación e coordinación que require a intervención e a permanencia na unidade.

11. Un primeiro clúster está formado polos nenos/as con problemas afectivos, de conduta e psicosomáticos. Este primeiro clúster precisa unha media de 8,16 meses de intervención.

12. Un segundo clúster formado case exclusivamente por problemas da fala e da linguaxe e que precisan unha media de 12,43 meses de intervención.

13. Un terceiro clúster formado por problemas de retraso psicomotor, problemas sindrómicos, sensoriomotores e cognitivos que precisan en torno a 22,18 meses de intervención.

14. Cada un dos clústeres representa aproximadamente un terzo da carga asistencial da unidade, e orienta respecto das competencias nucleares que debe reunir o equipo: formación en desenvolvemento socioafectivo na etapa 0-6, psicomotricidade relacional, pragmática da comunicación, autoregulación, cultura da crianza, xogo, sistemas familiares, dinámica de grupos, traballo comunitario, desenvolvemento típico e atípico, etc., entre outros aspectos.

15. A carga asistencial asumible para un equipo de 3 profesionais que reúna as competencias previas e no que os tres profesionais están en condicións de asumir o rol de coordinador de caso ven sendo no momento actual a que emerxe dun territorio de 30 a 50.000 habitantes, sendo necesario flexibilizar as ratios en función dos contextos de intervención, os tempos de coordinación e os tempos de intervención. Este equipo de 3 profesionais a tempo completo pode asumir unha carga asistencial directa aproximada de 50 a 60 casos ao mes e ao redor de 100 casos ano, cun índice de rotación medio do 40% dos casos.

16. Para a calidade do traballo dos equipos resulta primordial a estabilidade do propio equipo e dos recursos das redes públicas.

17. Non foi posible, polas esixencias do traballo de caso individual, crear grupos de familias estables que serviran como punto de apoio á inclusión.

18. Debe terse moi en conta que tanto a diminución como o incremento da demanda produce insuficiencia na función do equipo. A insuficiencia por defecto, con baixa frecuencia de casos e intervencións puntuais ou moi específicas produce deterioro da motivación, da formación e da práctica profesional. A insuficiencia por exceso, con alta frecuencia de casos, produce deterioro no desempeño por estrés, sobrecarga, malestar e diminución da actividade de inclusión.

19. Para manter a súa funcionalidade os equipos non deberían baixar de 3 nin sobrepasar os 5 profesionais, sendo preferible o desdobramento á multiplicación de profesionais no mesmo equipo.

20. Todos os profesionais dos equipos deben formarse en competencias persoais, saber xogar o rol de coordinador de caso, saber colaborar coa familia e coas redes sociais e saber relacionarse e xogar cos nenos/as. A función do coordinador de caso é clave para mobilizar e fortalecer as competencias do neno/a, da familia e dos recursos do contorno, promovendo a colaboración solidaria na tarefa de individuación e socialización de cada neno/a.

21. A prestación do servizo require tempo para o traballo do equipo, tempo para orientar á familia e ao neno, e tempo para coordinarse cos recursos comunitarios. O tempo de intervención non é só o tempo de intervención presencial co neno/a se non tamén todo o tempo no que se inducen cambios positivos na súa socialización. Unha estimación de referencia é a dedicación dun 60% do tempo a traballo directo e un 40% a traballo indirecto.

22. Os procedementos que require o Protocolo de Coordinación, Intervención e Derivación están en fase de aplicación ou de normalización. Aplícanse criterios de elixibilidade, solicitude a demanda da familia asinando o consentimento informado, asignación de coordinador de caso, valoración interdisciplinaria, concreción do PPI en colaboración coa familia, avaliación regular e procedementos de alta.

23. Na experiencia das UDIAF as familias refiren moitas dificultades nos procesos de transición que son fundamentais para a súa adaptación e socialización. Destaca a escasa utilización do protocolo de primeira noticia no espazo sanitario, o exceso de sobrediagnósticos ou a ausencia de procesos marco que faciliten o tránsito ás escolas.

24. Datos relevante da satisfacción da familias co traballo das UDIAF son os datos de alta voluntaria e os achegados polas enquisas de satisfacción das familias.

25. O número de familias que solicitaron alta voluntaria está todos os anos por baixo do 5%, mostrando un alto grado de fidelización con respecto aos servizos.

26. O perfil das enquisas de satisfacción indica unha alta valoración cerca da puntuación máxima posible en temas clave como a acollida, a posibilidade de falar das súas preocupacións, a disponibilidade e accesibilidade dos profesionais, a información e orientacións recibidas e a coordinación con outros recursos e servizos.

27. Nunha escala de 1 a 5, cando se pide ás familias unha valoración global, no 2015 a unidade do Deza obtén unha puntuación media de 4.81, a unidade do Salnés do 4.79 e a unidade de Bergantiños do 4.72.

28. O mantemento deste nivel de satisfacción ano tras ano resulta indicativo de que o modelo asistencial dos servizos comunitarios de Atención Temperá coincide en boa medida cos seus intereses e necesidades.

# RECOMENDACIÓNS

Para a mellora dos servizos comunitarios específicos de Atención Temperá sería conveniente:

**1) Alcanzar toda a poboación que necesita Atención Temperá**

Tendo en conta as previsibles secuelas da pobreza infantil que está deixando a gran recesión dos últimos anos, a Rede Galega debería trazar o obxectivo de alcanzar eficazmente como mínimo o 5% da poboación infantil no horizonte de 2020. Para alcanzar este obxectivo precisamos de 30 a 40 equipos comunitarios de proximidade nas diferentes comarcas ou agrupacións de municipios de Galicia. O custo aproximado da citada Rede sitúase entre 3 e 4 millóns de euros (AGAT, 2015) e permitiría o acceso equitativo das familias en toda a xeografía de Galicia. Esa actuación permitiría cumprir con tres das liñas estratéxicas marcadas polo grupo de expertos da Unión Europea e os principios do Decreto 183/2013: a disponibilidade, a proximidade e a accesibilidade. Creando unha Rede Galega de Atención Temperá accesible, próxima e gratuíta.

**2) Organizar a detección precoz combinando cribados, criterios e actitudes**

Para alcanzar á poboación elixible para Atención Temperá xunto aos cribados que se realizan na actualidade para a detección precoz de anomalías estruturais (hipoacusia, metabolopatías, etc.) é prioritaria a sensibilización e formación das redes educativas, sanitarias e sociais respecto da importancia das circunstancias e prácticas de crianza, a promoción de factores de protección, e a identificación precoz de situacións de vulnerabilidade evolutiva. En particular é necesario insistir na adopción dunha posición de escoita activa ante as preocupacións das familias e das educadoras ou coidadoras habituais dos nenos/as. A escoita activa, a educación en criterios, a monitorización prudente e continua deben prevalecer sobre a administración puntual e simplista de cribados e sinais de alarma ou o reducionismo interpretativo e pseudodiagnóstico de calquera manifestación evolutiva. Esta escoita activa é a fórmula máis efectiva e menos custosa de cribado no desenvolvemento en todo o que atinxe ás manifestacións psicosomáticas, psicomotrices, afectivas, de conduta, regulación ou comunicación que poden indicar problemas no desenvolvemento. As preocupacións dos adultos que teñen un contacto cotián cos nenos na casa ou na escola (familias + educadoras) deben ser atendidas sempre e derivadas ao pediatra de Atención Primaria e ao Servizo Comunitario de Atención Temperá.

**3) Poñer en primeiro plano unha cultura de participación e inclusión social e non de consumo de servizos. Mellores servizos en vez de máis sesións.**

A función axial dos servizos comunitarios debe ser, seguindo o modelo conceptual da CIF-IA, adaptar os contextos de vida ás necesidades de cada neno/a para facilitar a súa socialización, a participación e implicación como suxeito activo na vida social. Esta recomendación integra función, suxeito, identidade social e contexto a través do concepto de autonomía persoal na vida cotián, ordinaria e habitual. E debería cambiar a práctica

e obxectivos dos servizos comunitarios enfocándoos cada vez máis cara a utilización de estratexias que dinamicen cambios positivos nas actitudes e contextos. Reducindo progresivamente a prestación de servizos fragmentarios e descontextualizados, ou o hábito de dar pautas, directrices ou prescricións ás familias sen coñecer a súa realidade. Conforme as evidencias vixentes na Atención Temperá, os servizos deben primar a calidade dos procesos sobre a cantidade de sesións. Trátase de ofrecer ás familias mellores servizos e non mais sesións.

**4) A mellora nas intervencións debe orientarse a entender e dinamizar actitudes e contextos.**

A intervención do profesional cos nenos/familias/redes debería centrarse na comprensión dos contextos de vida para apoiar e dinamizar o cambio de perspectivas e actitudes e proporcionar recursos para facilitar o desenvolvemento da autonomía e a inclusión social. Dirixíndose a comprender mellor aos nenos, a fortalecer a súa presencia persoal e a súa iniciativa na vida diaria. Colaborando coas familias e os coidadores para que poidan facerse máis competentes, entendan mellor as fases críticas da crianza e dispoñan de suficiencia económica, recursos e tempo. Estudando os escenarios da casa e da escola e facilitando que sexan accesibles, flexibles e controlables. Dándolle ao neno capacidade de acción, elección e decisión, motivación afectiva, construción de sentidos obxectivos e valores compartidos, desempeño de actuacións e responsabilidades, construción de rutinas negociadas. Promovendo que nas casas, nas escolas infantís e nos programas comunitarios se proporcione aos nenos con problemas no desenvolvemento máis tempo, máis oportunidades de aprender, máis posibilidades de exercer, máis utilidades prácticas (cadeiras, próteses, dispositivos, axudas) para apoiar á súa participación e autonomía sen ter que ser excluídos do seu hábitat e grupo de pertenza.

**5) Afondar nunha intervención ética e solidaria en vez de competitiva e mercantilista**

Para que os nenos, as súas familias e coidadores poidan ser competentes nos seus contornos naturais as redes de recursos deberían afondar na súa formación para estar en condicións de valorar situacións complexas e afrontalas solidariamente apoiando a calidade de vida da familia. A multiplicación de profesionais, disciplinas e recursos na etapa 0-6 sitúanos a todos ante a responsabilidade de construír e exercer unha ética asistencial baseada no coñecemento e a cooperación nun ámbito da vida que non pode ser tratado como un obxecto máis do mercado e no que hai que reclamar a elaboración dun código ético que protexa o interese superior do menor fronte a calquera outros intereses. Urxe afondar sobre a transcendencia da crianza e a necesidade de traballar conxunta e respectuosamente coas familias para que cumpran positivamente as súas funcións parentais.

6) **Garantir que os profesionais dos servizos comunitarios da Rede Galega de Atención Temperá teñan unha formación especializada transdisciplinaria**

Traballar nos equipos de Atención Temperá require unha elevada cualificación e especialización (art. 7 Decreto 183/2013). Todos os profesionais deben estar formados nos aspectos axiais do desenvolvemento persoal de 0 a 6 anos e nas claves da socialización no sistema familiar e comunitario. Deben saber estudar os contextos e valorar a participación social. Recoñecer os procesos axiais de vinculación, separación, individuación e socialización secundaria. Analizar as competencias pragmáticas na comunicación. Entender a función do xogo, o desenvolvemento típico e atípico, a dinámica de grupos, o traballo en equipo, etc. A formación en competencias transdisciplinarias debe acompañarse do aprendizaxe de competencias persoais para a relación co neno, as familias e as redes sociais.

7) **Estudar e consensuar as dimensións dos servizos comunitarios da Rede Galega de Atención Temperá.**

A proximidade, accesibilidade, estabilidade, continuidade, as ratios, a dimensión e a territorialización dos equipos son aspectos estruturais fundamentais para a calidade dos servizos tal e como se debuxan nos principios do art. 3 do Decreto 183/2013. É imprescindible estudar e consensuar a mellor forma de acomodar a dimensión dos equipos aos territorios, facilitar a proximidade no acceso das familias e incrementar as posibilidades de exercer as funcións de coordinación de caso de forma suficiente e competente. Para as funcións que realizan actualmente as UDIAF o alcance territorial dun equipo debería ser un ámbito entre 30.000 e 50.000 h. tendo en conta variables sociodemográficas. Os equipos non deben ser inferiores a tres profesionais nin superiores a cinco ou seis, sendo sempre preferible o desdobramento á multiplicación profesional.

8) **Estudar e coordinar a aproximación ás familias dos recursos e servizos específicos de apoio en Atención Temperá.**

O Decreto 183/2013 remite no artigo 6. 3 ao futuro desenvolvemento do catálogo de servizos en Atención Temperá. Tendo en conta o progreso e multiplicación de recursos e prestacións na etapa 0-6 en desenvolvemento infantil, as administracións competentes deberían promover un proceso de estudo e consenso para definir a mellor maneira de achegar e coordinar o conxunto de atencións, prestacións, recursos, tratamentos e axudas que forman parte do antedito catálogo. Compre estudar a forma de aproximar e coordinar nos contornos naturais dos nenos e as familias aquelas prestacións especializadas que afectan de forma cotián a vida da familia: servizos de Atención Temperá, servizos de fisioterapia, terapia ocupacional e logopedia do SERGAS, servizos de audición e linguaxe e pedagoxía terapéutica de Educación. Deberían facilitarse ás familias axudas económicas, permisos laborais retribuídos, apoios complementarios de coidado a domicilio, acceso ás escolas, e programas de ocio e respiro que limiten os factores de estrés.

**9) Organizar as transicións**

Os tránsitos no itinerario vital son os períodos con maiores riscos pero tamén con maiores oportunidades no que se refire á polaridade inclusión/exclusión social. E a súa organización interdepartamental está pendente. En concreto recomendamos:

*a) Estender o protocolo da primeira noticia, especialmente no ámbito sanitario, ao tempo que se debe concienciar sobre a ameaza que implican os sobrediagnósticos, dúas situacións críticas para a identidade persoal e as posibilidades de desenvolvemento.*

*b) Crear coa participación das organizacións representativas de profesionais e familias un protocolo de ingreso, tránsito é adaptación á escola infantil de primeiro e segundo ciclo e de ingreso na educación obrigatoria. Establecer criterios para flexibilizar a escolarización no segundo ciclo de infantil.*

*c) Apoiar a formación de grupos de familias.*

*d) Crear coa participación das organizacións representativas de profesionais e familias un protocolo marco de mobilidade interservizos no acceso a servizos e prestacións como as situacións de tutela, acollemento, educación familiar, recoñecemento de discapacidade e dependencia, acceso a becas de educación, derivacións a Atención Temperá, etc.*

**10) Acreditar e regularizar os servizos comunitarios.**

No anexo D incluímos o cadro de indicadores e procesos básicos que propoñemos para a construción dun modelo de acreditación e regularización dos servizos comunitarios. Pero a elaboración dos procedementos de acreditación debe ser un traballo a realizar polo conxunto do sector coa supervisión da administración, identificando boas prácticas e estratexias de intervención que conten con evidencia da súa valía.

# BIBLIOGRAFÍA


Abad, J., Ruiz de Velasco, A. (2011). *El juego simbólico.* Barcelona. Editorial Grao.

Asociación Galega de Atención Temperá (2015). *Mapa de necesidades de Atención Temperá*. Anexo remitido ao Consello Autonómico de Atención Temperá.

Bailey, D., Bruder, M.B. and Hebbeler, K. (2006). *Guidance for States in Documenting Family Outcomes for Early Intervention and Early Childhood Special Education*. Menlo Park, California. Early Childhood Outcomes Center, SRI International.
http://www.fpg.unc.edu/~eco/pdfs/ECO_New%20requirement%20OSEP9-7-06.pdf

Bailey, D.B., Hebbeler, K., Olmsted, M.G., Raspa, M. and Bruder, M.B. (2008). Measuring family outcomes: Considerations for large-scale data collection in early intervention. *Infants and Young Children, 21 (3), 194-206.*

Barlow, J., Parsons, J. and Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: Care, Health and Development, 31 (1), 33-42.*

Barnett, W. Steven, and Leonard N. Masse. 2007. "Comparative Benefit-Cost Analysis of the Abecedarian Program and its Policy Implications." *Economics of Education Review* 26, no. 1: 113-125

Bennett, J. (2007). *Results from the OECD Thematic Review of Early Childhood Education and Care Policy 1998 – 2006*. UNESCO Policy Brief on Early Childhood #41. Paris, France. UNESCO.

Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Barcelona. Paidós.

Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona. Paidós.

Bricker, D., Squires, J. & Clifford, J. (2010). Developmental screening measures: Stretching the use of the ASQ for other assessment purposes. *Infants and Young Children, 23 (1), 14-22*.

Bruder, M.B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children, 76 (3), 339-415*.

Bruder, M.B. & Dunst, C.J. (2006). Early intervention service coordination models and service coordinator practices. *Journal of Early Intervention, 28 (3),155-165*.

Bruner J. (1995). From Joint Attention to the Meeting of Minds. An introduction. En C. Moore & P.J. Dunham (Eds) :*Joint Attention: Its Origin and Role in Development (pp 1-14)* . New Jersey (NY). Lawrence Erlbaum Associate Editors.

Calmels, Daniel. (2010). *Juegos de Crianza, el juego corporal en los primeros años de vida.* Buenos Aires. Biblos, 3° edición 2010.

Care Coordination Network UK (2008). *Key Worker Standards*. York, UK. Care Coordination Network UK.
http://www.ccnuk.org.uk/metadot/index.pl?id=2191&isa=Category&op=show

Castilla del Pino, C. (1989): *Teoría del Personaje.* Madrid. Alianza Editorial.

Centre for Community Child Health (2009). *Integrating services for young children and their families*. CCCH Policy Brief No. 17. Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health, The Royal Children's Hospital.
http://www.rch.org.au/emplibrary/ccch/PB_17_FINAL_web.pdf

Cunha, F. & Heckman, J.J. (2010). *Investing in Our Young People*. NBER Working Paper Series, Vol. w16201. Cambridge, Massachusetts. National Bureau of Economic Research. http://ssrn.com/abstract=1641577

DEC/NAEYC. (2009). *Early childhood inclusion: A joint position statement of the Division for Early Childhood (DEC) and the National Association for the Education of Young Children (NAEYC)*. Chapel Hill. The University of North Carolina, FPG Child Development Institute.
http://community.fpg.unc.edu/resources/articles/files/EarlyChildhoodInclusion-04-2009.pdf

Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (2010). *Better Start – Early Intervention for Children with Disability initiative*.
http://www.fahcsia.gov.au/sa/disability/progserv/people/Pages/early_intervention_better_start.aspx

Dunst, C.J. (2000*).* Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education, 20, 95-104.*

Dunst, C.J. (2004). An integrated framework for practicing early childhood intervention and family support. *Perspectives in Education, 22 (2) 1-16.*

Dunst, C.J. & Trivette, C.M. (2009a). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work, 12 (2), 119–143.*

Early Childhood Intervention Reform Project (2010). Department of Education and Early Childhood Development. Victoria. Australia

Eurlyaid (1992): *"Early intervention for children with developmental disabilities".*Elsenborn.

FEAPS (2001): *"Atención Temprana. Orientaciones para la calidad".* Madrid. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Fogel, A. (1993) *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture.* Chicago. University of Chicago Press.

Forster, J. & Webster, A. (2012). *The Key Worker: Resources for Early Childhood Intervention Professionals. An Early Childhood Intervention Inclusion (ECII) resource*. Malvern, Victoria. Noah's Ark Inc. www.ecii.org.au

Generalitat de Catalunya (2015). Projecte d'ordre d'acreditació dels Serveis d'Atenció Precoç i procediment d'autorització d'entitats avaluadores. *DOGC 15/07/2015*

Ghate, D. and Hazel, N. (2002). *Parenting in Poor Environments: Stress, Support and Coping.* London, UK. Jessica Kingsley Publishers.

Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday. Edición en castelán. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1993

Goffmann, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. NEW YORK. Prentice-Hall. Edición en castelán. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortú. Primera edición. 1970

Goodwin, C. & Duranti, A (1992). Rethinking context: An introduction. En: *Rethinking context: Language as an interactive phenomenon*. Alessandro Duranti and Charles Goodwin, eds., *Interaction and grammar, 1-42*. Cambridge. Cambridge University Press

Guralnick, M.J. (1997). Second-generation research in the field of early intervention. In M.J. Guralnick (Ed.). *The Effectiveness of Early Intervention*. Baltimore, Maryland. Paul H. Brookes.

Guralnick, M. (2001). *A Framework for Change in Early Childhood Inclusion: Focus on Change*. Baltimore, Maryland. Paul H. Brookes.

Guralnick, M. (2005). *Inclusion as a core principle in the early intervention system*. In M. Guralnick (Ed.) The Developmental Systems Approach to Early Intervention. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes.

Greco, V., Sloper, P. & Barton, K. (2004*). Care Coordination and Key Worker Services for Disabled Children in the UK.* Research Works No. 2004-01. York, UK. Social Policy Research Unit, University of York.
http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/rworks/jan2004-1.pdf

Greco, V., Sloper, P., Webb, R. & Beecham, J. (2007). Key worker services for disabled children: the views of parents. *Children and Society, 21 (3),162-174.*

Grupo Helios (1996).: *"Intervención Precoce. Information, orientation et guidance de familles".* DGV. Comisión Europea

Grupo Helios (1996).: *"La buena práctica en rehabilitación funcional. Prevención, detección temprana, intervención e integración. Una perspectiva global para los niños con discapacidad".* DGV. Comisión Europea

Grupo de Atención Temprana. GAT (2000) :*"Libro Blanco de Atención Temprana".* Madrid. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Serie Documentos n 55.

Grupo de Atención Temprana (2005): *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad

Grupo de Atención Temprana (2011): *Primera Noticia. Un estudio sobre los efectos del diagnóstico de una discapacidad o un trastorno del desarrollo*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad

Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., Singer, M. & Nelson, L. (2007*). Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities and their Families: Participants, Services, and Outcomes. Final report from the National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS*). Menlo Park, California. SRI International.
http://www.sri.com/neils/pdfs/NEILS_Report_02_07_Final2.pdf

Heckman, J. (2004). Invest in the very young. In R. E. TrembLay, R. G. Barr & R. De V Peters (Eds.) *Encyclopedia on Early Childhood Development*, Montreal, Quebec. Centre of Excellence for Early Childhood Development 1- 2
http:www.excellenceearlychildhood.ca/documents/HeckmanANG.pdf.

Heckman, James J. and Stefano Mosso. 2014. “The Economics of Human Development and Social Mobility.” *Annual Review of Economics,* 6 (1): 689-733.

Hernandez, D.J (1995). Changing Demographics: Past and Future Demands for Early Childhood Programs*. Future Child. 1995 Winter; 5 (3):145-60*
https://www.princeton.edu/futureofchildren/publications/docs/05_03_07.pdf

Karoly, Lynn A., Peter W. Greenwood, Susan S. Everingham, Jill Houbé, and M. Rebecca Kilburn. (1998). *Investing in Our Children: What We Know and Don’t Know About the Costs and Benefits of Early Childhood Interventions.* St. Monica, California. Rand Corporation.

Karoly, L.A., Kilburn, M.R. and Cannon, J.S. (2005). Proven Benefits of Early Childhood Interventions. RAND Labour and Population Research Brief. St. Monica, California: RAND Corporation.

King, G., Rosembaun, P. (1998): *Measure of Process of Care.* Canchild Centre. McMaster University. Canada

KPMG (2005). *Analysis of the Impacts of Service Coordination on Service Capacity in the Primary Health Care Sector.*
www.health.vic.gov.au/pcps/downloads/publications/kpmg_execsummary.pdf

KPMG. (2011): *Reviewing the evidence on the effectiveness of early childhood intervention*. Report to de Department Of Families, Housing, Community Services and Indigenos Affairs. Australia

Mahler, M. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Marymar

McCormick, Marie C. et al. 2006. Early Intervention in Low Birth Weight Premature Infants: Results at 18 Years of Age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics, 117(3): 771-780.*

McConachie H., Smyth D., Bax M.,(1997) : *“Services for children with disabilities in the european countries”.* Developmental Medicine and Child Neurology. Supplement nº 76

McWilliam, R.A. (2010a). *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore, Maryland. Paul H. Brookes.

McWilliam, R. A. & Scott, S. (2001). A support approach to early intervention: A three-part framework. *Infants & Young Children, 13 (4), 55-66*.

Mahoney, G., Boyce, G., Fewell, R., Spiker, D., & Wheeden, C.A. (1998). The relationship of parent-child interaction to the effectiveness of early intervention services for at-risk children and children with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 18 (1), 5-17.*

Mahoney, G. & Perales, F. (2005). Relationship-focused early intervention with children with pervasive developmental disorders and other disabilities: A comparative study. *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics, 26 (2), 77-85*

Mahoney, G., Perales, F., Wiggers, B. & Herman, B. (2006). Responsive Teaching: Early intervention for children with Down syndrome and other disabilities. *Down Syndrome Research and Practice, 11 (1), 18-28.*

Magaluzzi, L. (1993). History, ideas, and basic philosophy. In C. Edwards, L. Gandini and G. Forman (Eds.). *The Hundred Languages of Children: the Reggio Emilia Approach to Early Childhood Education*. Norwood, New Jersey. Ablex Publishing Corporation.

National Scientific Council on the Developing Child. 2007. *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper No. 5*. www.developingchild.harvard.edu

Melhuish, E.C. (2003*). A Literature Review of the Impact of Early Years Provision on Young Children, with Emphasis Given to Children from Disadvantaged Backgrounds*. London, UK: National Audit Office.

Meisels, S. & Atkins-Burnet, S. (2000). *The elements of early childhood assessment*, in J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.) *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd. Ed.) Cambridge. Cambridge University

Moore, T.G. (2008a). Supporting young children and their families: Why we need to rethink services and policies. *CCCH Working Paper No. 1 (revised November 2008).* Parkville, Victoria: Centre for Community Child Health, Royal Children's Hospital. http://www.rch.org.au/emplibrary/ccch/Need_for_change_working_paper.pdf

Moore,T.G (2012). *Rethinking early childhood services.* Presentation to the Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia'.

Moss, P. and Petrie, P. (2004). *From Children's Services to Children's Spaces: Public Policy, Children and Childhood*. London. Routledge Falmer.

OECD (2001). *Starting Strong: Early Childhood Education and Care*. Paris, France: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).

Pikler, E. (2000). *Moverse en libertad: desarrollo de la motricidad global*. Madrid. Narcea,

Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Como intervenir creando entornos competentes*. Madrid. Narcea

Ponte, J. y Balado, X. (1997) Ritos de paso: apuntes para otro modelo de atención temprana. *Cultura y Educación, 1997, 5, pp. 119-132*

Ponte, J. (2003*). Atención temprana en el ámbito de los servicios sociales.* En Minusval. Número monográfico sobre atención temprana. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO

Ponte, J. et al (2004*). Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. IMSERSO.

Ponte, J., Sarmiento, J.A. (2010). *A detección precoz nas escolas infant*ís. O programa a_tempo". Xunta de Galicia. http://atenciontemprana.com/EIDocumentsAT/LIBRO_A_TEMPO.pdf

Ponte, J. (2013). Aportaciones a un modelo de consulta de acogida. *Desenvolupa.net.* http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Aportaciones-a-un-modelo-de-consulta-de-acogida-Jaime-Ponte-11-2013

Ponte, J. et al. (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014) : *Memoria de actividades a avaliación das Unidades de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá. Documentos de traballo*. Asociación Galega de Atención Temperá. Xunta de Galicia. http://atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/UDIAF-MEMORIA.pdf

Ponte, J. (2015). Las dificultades de clasificación diagnóstica en atención temprana. La experiencia de dos unidades en Galicia. *Revista Española de Discapacidad, 3 (1):123-139.*

PRECIOUS (2009). *Professional Resources in Early Childhood Intervention. Online utilities and standards*. EBIFF curriculum http://cordis.europa.eu/news/rcn/31009_en.html

Real Padroado sobre Discapacidade (2005). *Primera Reunión Técnica sobre Atención Temprana*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. http://www.rpd.es/documentacion/publicaciones.htm

Red de Consultoría Social (2010). *Guía para la gestión con indicadores en acción social*. Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad

Rochat, P. (2014). *Origins of Possession; Owning and Sharing in Development*. New York, N. Y. Cambridge University Press.

Rochat, P. (2009). *Others in Mind-Social Origins of Self-Consciousness*. New York, N.Y. Cambridge University Press.

Rochat, P. (2001). *The Infant's World*. Cambridge. Harvard University Press.

Rodríguez, C. (2006). *Del ritmo al símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Barcelona. Horsori

Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. Oxford. Oxford University Press.

Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 18 (1), 1-20.*

Rubert, M. A (2012). *Atención Precoz en Cataluña. Presentación non publicada.* Curso sobre cooperativas profesionais e Atención Temperá. Santiago de Compostela. AGAT

Rutter, M. (2006). *Genes and Behaviour: Nature-Nurture Interplay Explained*. Oxford, UK. Blackwells.

Sameroff, A. (Ed.)(2009). *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other*. Washington, DC. American Psychological Association.

Schweinhart, L. (2004). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions and Frequently Asked Questions*. Ypsilanti, Michigan. High/Scope Press

Shonkoff, Jack P. and Deborah A. Phillips. 2000. *"From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development."* National Academic of Sciences National Research Council.

Shonkoff, J.P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development, 81 (1), 357-367*.

Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (2000). Preface. In J.P. Shonkoff and S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd. Ed.). Cambridge, UK. Cambridge University Press

Shonkoff JP. (2014). Changing the narrative for early childhood investment. *JAMA Pediatr. 2014 Feb;168(2):105-6.*

Simeonsson, R.J. (2009). ICF-CY: A universal tool for documentation of disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 6 (2), 70-72.*

Soriano V. (ed.)(1999). *Early Intervention in Europe.Trends in 17 European Countries*. European Agency for Development and Education in Special Needs Education. Bruselas. Traducción castellana Web de Genysi.

Soriano V . (2005): *Atención Temprana en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Bruselas European Agency for Development and Education in Special Needs Education.

Soriano V. & Kyriazopoulou, M. (2010): *Early Childhood Intervention: Progress and Developments*. Bruselas. European Agency for Development in Special Needs Education

Sloper, P., Greco, V., Beecham, J. and Webb, R. (2006). Key worker services for disabled children: what characteristics of services lead to better outcomes for children and families? *Child: Care, Health and Development, 32 (2), 147-157*.

Spitz, R. (1.997). *El primer año de la vida del niño*. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Sroufe, L.A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives, 3 (3), 178-183.*

Sylva, K., Melhuish, E., Sammon, P., Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2004*). The Effective Provision of Pres-school Education (EPPE) Project: Findings from Preschool to end of Key Stage 1*. UK. Sure Start.

Turner, V. W. (1969). *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. New York. Cornell University Press, Edición en castelán. El proceso ritual. Estructura y antiestructura. Taurus. Madrid. 1988.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. 2010. *Head Start Impact Study Final Report.*

Vázquez Barquero, José Luis (coord.) (2012). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: versión para la infancia y adolescencia. CIF-IA.* Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Van Gennep, A. (1909). *Les rites de passage*. Nourry, Paris. (Hay traducción castellano: Los ritos de paso. Madrid, Taurus, 1986).

Vigotsky L. (1986).*Thought and Language*. MIT Press. Cambridge (MA). Traducción en castellano: Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires .La Pléyade 1977.

Vilaplana, C (2010): Estimación de la dependencia en España. Hacienda Pública Española / *Revista de Economía Pública, 194-(3/2010): 125-175*

VV.AA: (2007): *"Clasificación Internacional del Funcionamiento. Versión IJ"* . OMS

VV.AA (1989): *"Ponencias del I Congreso Internacional Infancia y Sociedad"* . Ministerio de Asuntos Sociales

Winnicot, D. (1998) *Los bebés y sus madres. El primer diálogo*. Barcelona. Paidós.

Wood, D., Bruner, J. S. y Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving.Journal of Child *Psychology and Psychiatry, 17, 89-100.*

Xunta de Galicia (2013) DECRETO 149/2013, do 5 de setembro, polo que se define a carteira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia e se determina o sistema de participación das persoas usuarias no financiamento do seu custo. (DOG 24/09/2013). http://www.xunta.es/dog/Publicados/2013/20130924/AnuncioCA05-120913-0001_gl.html

Xunta de Galicia (2015) *Decreto 183/2013 polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá*. http://www.xunta.es/dog/Publicados/2013/20131223/AnuncioCA05-101213-0002_gl.html

Xunta de Galicia (2015) *Protocolo Conxunto de Coordinación, Derivación e Intervención en AtenciónTemperá*. http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Contidos_Estandar/Protocolo_Atencion_tempera_GAL.pdf

Xunta de Galicia (2015). *Estratexia Galega sobre Discapacidade 2015-2020.* http://benestar.xunta.es/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Plans_e_programas/ESTRATEXIA_GALEGA_SOBRE_DISCAPACIDAD_2015_2020.pdf

# ANEXOS

1) **ANEXO A:**
   GLOSARIO DE ACTUACIÓNS

2) **ANEXO B:**
   TIPOLOXÍA DA DEMANDA

3) **ANEXO C:**
   PROCESOS

4) **ANEXO D:**
   CADRO DE MANDO DE INDICADORES

5) **ANEXO E:**
   CONTRATO ASISTENCIAL

6) **ANEXO F:**
   MODELO DE INFORME DE SITUACIÓN

# ANEXO A **GLOSARIO DE ACTUACIÓNS**

**PRESTACIÓNS INDIVIDUAIS. CÓDIGO E GLOSARIO**

**Ca: Consulta de acollida**. Para recibir as demandas personalizadas nas UDIAF. Cada consulta consiste como mínimo de dúas sesións, unha de acollida da familia e das súas demandas e outra de observación do neno. Trátase dunha intervención chave e de longa duración tendo en conta o tempo necesario para a escoita a observación, o análise e a transcrición . Cada sesión ten un tempo medio de 2 h.

**Dx: Sesión de diagnóstico.** Para estudar, avaliar e orientar as prestacións personalizadas das UDIAF. Tempo medio de 1 hora incluíndo o rexistro.

**Ap: Sesión de apoio.** Para realizar apoios complexos dentro das prestacións personalizadas propias das UDIAF. Rexistrar tódalas actuacións realizadas co neno e coa familia en sesións de 1 hora incluíndo no seu caso nestes tempos á devolución ás familias e os tempos de transcrición para o rexistro de evolución e procesos

**Or: Sesión de orientación ou seguimento.** Para realizar apoios sinxelos, de asesoramento, orientación ou seguimentos dentro das prestacións personalizadas propias das UDIAF, mediante actuacións previas ou posteriores á intervención na propia UDIAF. Tempo medio 1 hora incluíndo o rexistro.

**Ec: Entrevista de coordinación.** Para realizar entrevistas presenciais de coordinación con outros recursos dentro das prestacións personalizados das UDIAF. Incluíndo tamén aquelas entrevistas telefónicas, informes e actuacións que poidan superar os 30 minutos de duración.

**Ac**: **Acción de coordinación**: Para realizar actividades non presenciais de coordinación con outros recursos dentro das prestacións personalizadas das UDIAF e en todo caso dunha duración inferior aos trinta minutos

**Gf: Grupo de familias**: Para conducir as actividades dos grupos de familias dentro das prestacións personalizadas das UDIAF

**Inf: Informes e outras**: Toda actuación que implica a emisión de información escrita sobre o curso da intervención na que se especifican aspectos de valoración ou intervención, por exemplo informes de devolución, informes para as familias, PPI, altas, etc. Actuacións de corrección de probas, transcrición de sesións e consultas de acollida, elaboración de materiais, preparación das sesións, revisión de casos, elaboración de PPI ou revisións para elaborar informes, cando precisan dun tempo suplementario ao ordinario.

**PRESTACIÓNS COMUNITARIAS E DE CALIDADE. GLOSARIO**

**Coordinación AGAT:** sesións de avaliación, formación, revisión casos, accións de coordinación telefónica, …

**Sesión de equipo:** sesións de reunión de equipo

**Nº de casos tratados equipo:** nº de casos revisados na reunión do equipo

**Actividades de formación continua**: asistencia dos profesionais a actividades de formación organizadas polas unidades, permisos de formación, avaliacións, xestión de procesos …

**Entrevistas de Coordinación:** Suma das actuacións de coordinación de caso e as actuacións de coordinación comunitaria

**Acción de coordinación:** Suma das accións de coordinación de caso e as accións de coordinación comunitaria

**Proxección social e comunitaria**: actividades globais de sensibilización social

# ANEXO B **TIPOLOXÍA DA DEMANDA**

A clasificación de casos, en función da demanda, realizase coa intención de recoller en primeiro lugar as preocupacións da familia sobre o problema do seu fillo/a, ben pola súa propia valoración ou como resposta á valoración feita polos profesionais do sistema sanitario educativo ou social. Non se debe sobrepoñer nin anticipar ó xuízo profesional sobre a demanda/síntoma que traen os pais, pois esta clasificación faise posteriormente a través da ODAT.

Categorías:

**a)** **Retraso evolutivo***,* agrupa as demandas nas cales os pais presentan un neno que ten síntomas de atraso de características máis transversais que específicas*:*

*Exemplos: "atraso global", "atraso psicomotor", "atraso cognitivo", "atrasado respecto dá súa idade?", "atraso de linguaxe e ausencia de xogo simbólico?, "o bebé non gatea, non camiña, non colle culler", "Non fala, non sabe o seu nome nin o dos seus papás", "Non sabe acatar unha orde porque non entende"*

**b)** **Problemas sindrómicos***:* recolle todas aquelas demandas nas que se presentan diagnósticos que se asocian habitualmente con trastornos complexos do desenvolvemento ou cando os pais vinculan o problema evolutivo cunha enfermidade ou trastorno orgánico concreto:

*Exemplos: "Ten parálise cerebral", "Me dixeron que tiña TEA", "A xenética da que ten algo", "Ten unha malformación, craneosinostose, e moi mal carácter", "Tivo hipoxia, falta de osixeno no parto", "A resonancia da que ten mal o cerebro", "Ten unha enfermidade rara",*

**c)** **Problemas da fala/linguaxe***:* recolle todas as demandas en que se presentan problemas do fala/linguaxe expresivo, que os pais ven dese xeito como problemas da linguaxe e nos que xa veñen orientados cara a logopedia.

*Exemplos: "Empezou a falar tarde, dende hai unha tempada tartamudea", "Fala fatal, non pronuncia nin se lle entende", "É coma se a voz se lle fose polo nariz", "Aínda non fala nada",*

**d)** **Problemas afectivo-emocionais:** recolle aquelas demandas en que os pais sitúan en primeiro plano os problemas afectivo-emocionais ou refiren síntomas que eles vinculan claramente a problemas de relación ou a circunstancias adaptativas por cambios na traxectoria de vida

*Exemplos: "Ten medos, será pola separación dos pais?", "Está triste e ten cousas raras, serán celos coa irmá?", "Non superou que a abandonasen", "Non se adapta ao cambio de pais", "Ten problemas dende que entrou no cole"*

e) **Problemas cognitivos:** recolle todas as demandas que teñen que ver fundamentalmente con dificultades en tarefas de solución de problemas:

*Exemplos: "Confunde as cores,* **é** *moi maior", "Non atende na clase nin na casa", "Ten dificultades para ler, escribir e cos números", "Confunde as letras e non sabe contar nin debuxar", "cóstalle moito seguir o ritmo dos outros, fáltanlle conceptos básicos", "Nos dixeron que tiña un trastorno da aprendizaxe"*

f) **Problemas de hábitos***:* demandas relacionadas con problemas no sono, comidas, control de esfínteres e, en xeral rutinas da vida diaria e desenvolvemento da autonomía.

*Exemplos: "Encoprese", "Ten medo de ir ao baño", "Ten autoagresións cando lle cambian o cueiro", "Faise pis na cama", "Durme mal", "ten refluxo, come mal e apenas durme"*

g) **Problemas sensoriais***:* problemas da visión ou a audición por alteracións das vías sensoriais ou auditivas.

*Exemplos: "hipoacusia", "deficiencia visual",*

h) **Problemas motrices***:* problemas da motricidade que non se presentan vinculados a un síndrome ou enfermidade concreta.

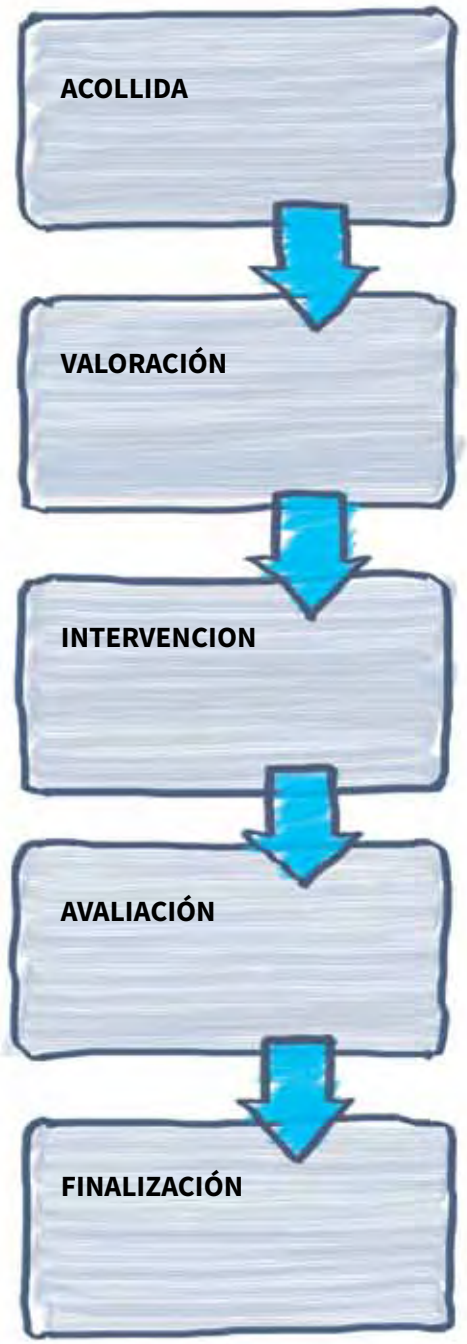
*Exemplos: "Ten o tono baixo, e ten movementos torpes", "Creo que ten un retraso porque aínda non gatea", Ten 22 meses e aínda non se pon de pé", "Corre pero non sabe levantarse"*

i) **Problemas de conduta/atención***:* problemas de comportamento, autorregulación, atención.

*Exemplos: "Moi nervoso", "Din que é hiperactivo", "Moi movido e con problemas de comportamento", "As veces ponse como histérico", "Da golpes e non acata as normas"*

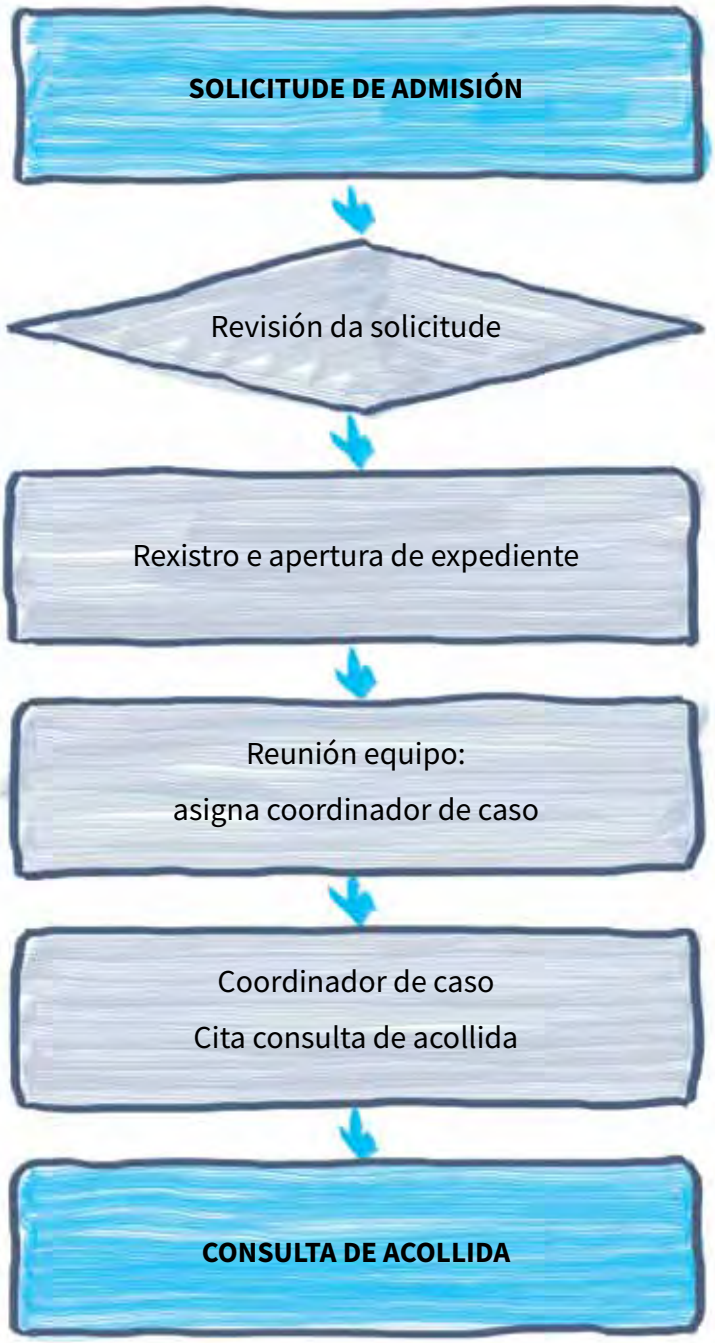
# ANEXO C PROCESO DE ATENCIÓN TEMPERÁ[6]

## FASES DO PROCESO

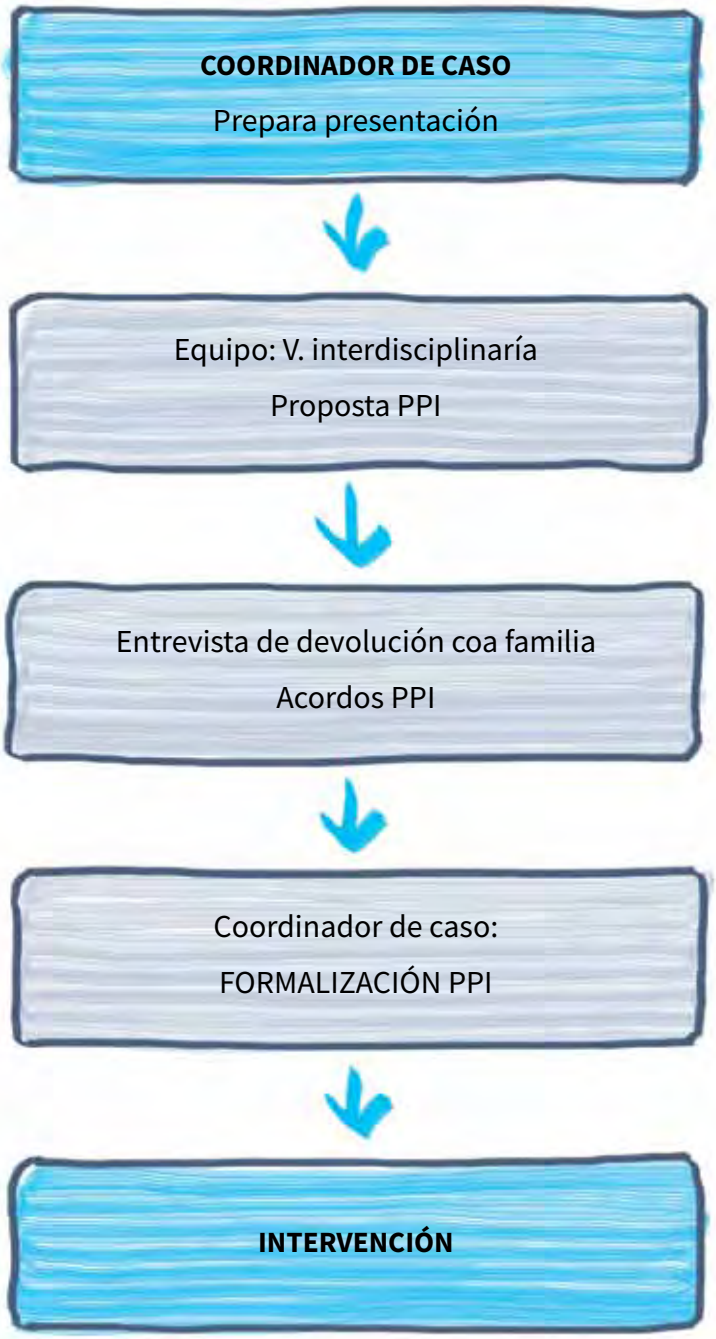



6 *Segundo o Protocolo de Coordinación, Derivación e Intervención*

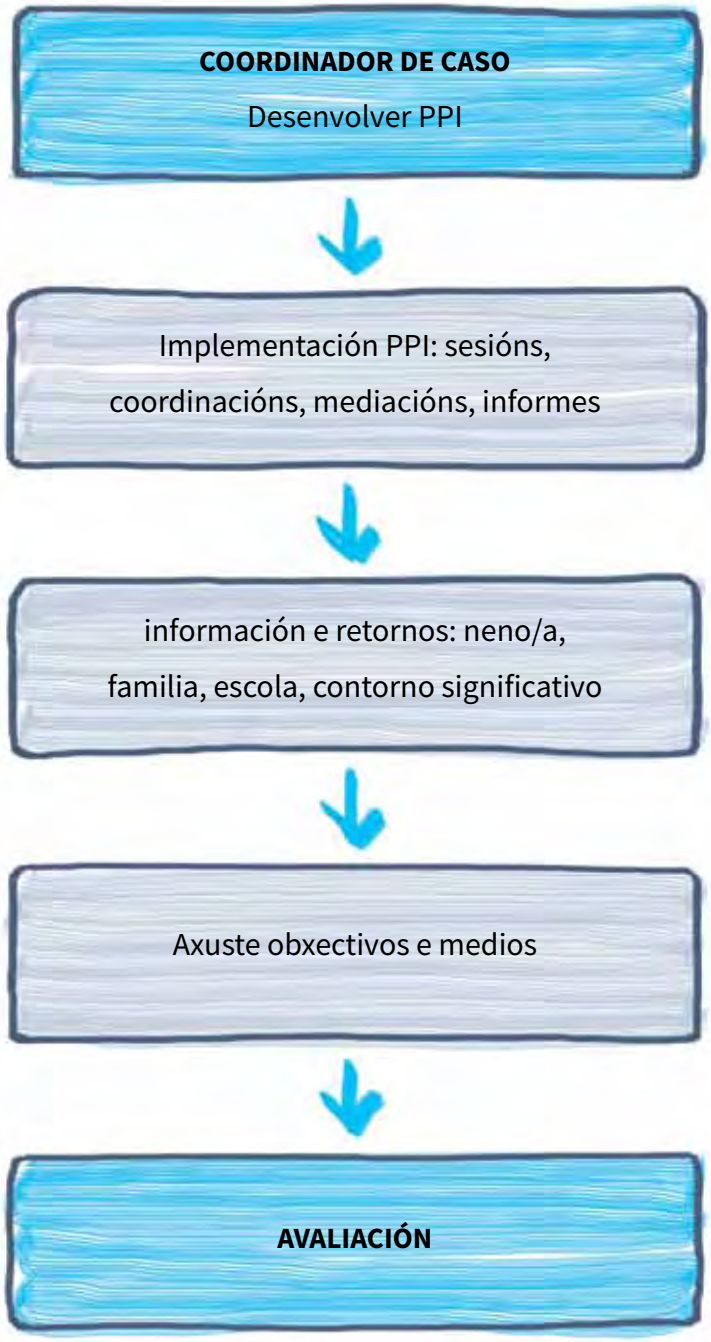
# ACOLLIDA


SOLICITUDE DE ADMISIÓN
Revisión da solicitude
Rexistro e apertura de expediente
Reunión equipo:
asigna coordinador de caso
Coordinador de caso
Cita consulta de acollida
CONSULTA DE ACOLLIDA

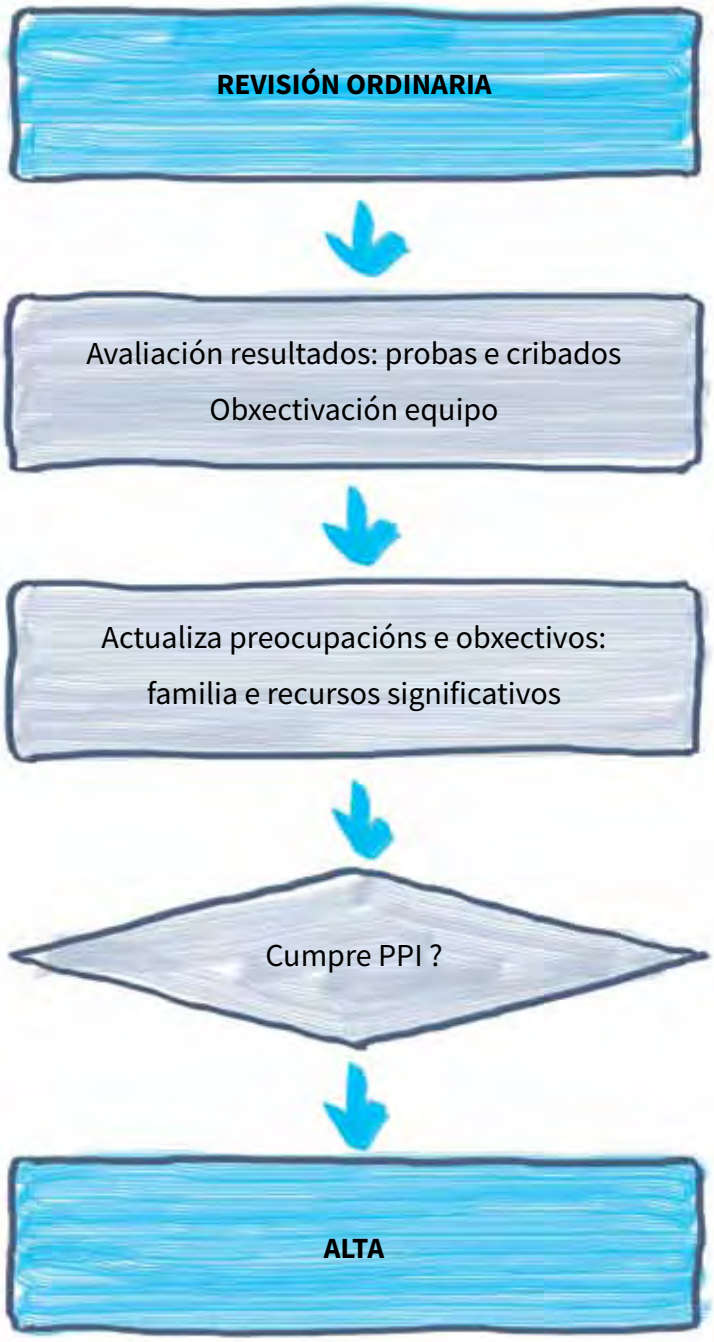
## VALORACIÓN


COORDINADOR DE CASO
Prepara presentación
Equipo: V. interdisciplinaría
Proposta PPI
Entrevista de devolución coa familia
Acordos PPI
Coordinador de caso:
FORMALIZACIÓN PPI
INTERVENCIÓN

## INTERVENCIÓN



# AVALIACIÓN


REVISIÓN ORDINARIA
Avaliación resultados: probas e cribados
Obxectivación equipo
Actualiza preocupacións e obxectivos:
familia e recursos significativos
Cumpre PPI ?
ALTA

# FINALIZACIÓN

# ANEXO D **PROPOSTA DE CADRO DE MANDO[7]***

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Porcentaxe de poboación 0-6 atendida | **4,7** |
| 2 | Idade de acceso | **4,8** |
| 3 | Procedencia por concello | **S.C** |
| 4 | Adecuación normativa | **4,5** |
| 5 | Accesibilidade | **4,4** |
| 6 | Estabilidade do equipo profesional | **4,4** |
| 7 | Nº de prestacións individuais | **4,2** |
| 8 | Nº de sesións de apoio | **4,2** |
| 9 | Nº de actuacións de coordinación | **4.5** |
| 10 | Demora | **4,2** |
| 11 | As familias reciben información e orientación sobre os recursos e prestacións públicas dispoñibles nas redes comunitarias | **5,0** |
| 12 | O equipo acorda e asigna o coordinador de caso | **4,7** |
| 13 | Todos os expedientes no momento de alta contan cun informe de alta dispoñible a petición da familia | **4,7** |
| 14 | Todos os expedientes en intervención teñen rexistrada a consulta de acollida e os seus epígrafes básicos de historia de caso | **4,5** |
| 15 | Nas preocupacións por retraso evolutivo aplícase e rexístrase sempre unha proba estandarizada de cribado | **4,5** |
| 16 | Todos os expedientes no momento da alta contan cun rexistro do seu perfil diagnóstico | **4,4** |
| 17 | Satisfacción das familias | **5,0** |
| 18 | Poboación atendida | **4,8** |
| 19 | Derivación | **4,2** |
| 20 | Ingresos | **4,4** |

* Puntuacións dos profesionais das Udiaf. Escala 1 a 5

7 *Adaptamos o modelo de Cataluña á nosa experiencia. O modelo de acreditación de Cataluña pode consultarse no DOGC 15/07/2015. Projecte d'ordre d'acreditació dels Serveis d'Atenció Precoç i procediment d'autorització d'entitats avaluadores.*

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 1, 2

Nº 1: **Porcentaxe de poboación 0-6 atendida**

Nome do indicador: Poboación 0-6

Dimensión: Cobertura

Xustificación: O servizo debe atender a porcentaxe de poboación do seu territorio marcado como elixible polo Protocolo de Atención Temperá.

Fórmula: $\frac{\text{Número de nenos/as atendidas cada ano x100}}{\text{Número de nenos/as de 0 a 6 anos no territorio SC}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente .

Poboación: Nenos/as de 0 a 6 anos no territorio segundo o IGE no ano precedente.

Fonte de datos: Memoria excel anual co nº de nenos/as atendidos.

Estándar: 3 % (2016)

Nº 2: **Idade de acceso**

Nome do indicador**:** Idade de acceso

Dimensión: Cobertura

Xustificación: O servizo debe realizar unha atención equilibrada dos problemas de desenvolvemento en todas as idades evolutivas.

Fórmula: Media da idade de acceso dos nenos/as atendidos

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente .

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Memoria excel coa idade de acceso.

Estándar: 3 anos (2016)

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 3, 4

Nº 3 **Distribución territorial por concello**

Nome do indicador**:** Distribución territorial

Dimensión: Cobertura

Xustificación: Os servizos deben atender de forma equilibrada o territorio de alcance.

Fórmula: Distribución porcentual dos nenos/as atendidos por concello de residencia.

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Memoria excel cos datos de concello de procedencia.

Estándar: Equilibrio na distribución porcentual da poboación atendida con relación a poboación 0-6 de cada concello segundo IGE.

Nº 4 **Adecuación normativa**

Nome do indicador: Adecuación normativa

Dimensión: Estrutura

Xustificación: Os servizos están autorizados e acreditados e compren as normas asistenciais.

Fórmula: Rexistro do servizo e contrato asistencial.

Explicación de termos: Decreto 183/2013, RUEPPS, Protección Datos, Rexistro sanitario.

Ámbito: Instalación.

Fonte de datos: Rexistro do servizo e contrato asistencial publicado.

Estándar: Adecuación á normativa vixente.

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 5, 6

Nº5 **Accesibilidade**

Nome do indicador**:** Accesibilidade

Dimensión: Estrutura

Xustificación: Adaptar os servizos ás necesidades dos nenos/as e as familias.

Fórmula: Puntuación do apartado de accesibilidade e horarios na enquisa de satisfacción das familias.

Explicación de termos: Decreto 183/2013, RUEPPS.

Ámbito: Equipamento e horario.

Fonte de datos: Carta de accesibilidade e horario.

Estándar: 4 (escala 1 a 5).

Nº6 **Estabilidade**

Nome do indicador**:** Estabilidade

Dimensión: Estrutura

Xustificación: Continuidade e calidade asistencial, traballo equipo.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de profesionais do SC con contrato indefinido x 100}}{\text{Nº total de profesionais do SC}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013 . O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Profesionais do SC de Atención Temperá.

Fonte de datos: Contratos profesionais.

Estándar: 100%

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 7, 8

| Nº7 **Nº de prestacións individuais** |
|---|
| Nome do indicador**:** Prestacións individuais<br>Dimensión: Actividade<br>Xustificación: Control da actividade directa global dos servizos en termos de prestacións individuais.<br><br>Fórmula: Suma total de prestacións individuais realizadas anualmente / Horas de traballo equipo en cómputo anual.<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente .<br>Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.<br>Fonte de datos: Memoria excel cos datos das prestacións.<br>Estándar: Por definir |

| Nº8 **Nº de sesións de apoio** |
|---|
| Nome do indicador**:** Sesións de apoio<br>Dimensión: Actividade<br>Xustificación: Control da actividade directa dos servizos en termos de prestacións individuais.<br><br>Fórmula: Suma total de sesións de apoio x 100 / Suma total de prestacións individuais.<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.<br>Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.<br>Fonte de datos: Memoria excel cos datos das sesións.<br>Estándar: Por definir |

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 9, 10

| Nº9 **Nº de actuacións de coordinación** |
|---|
| Nome do indicador**:** Actuacións de coordinación<br>Dimensión: Actividade<br>Xustificación: Control da actividade directa dos servizos en termos de prestacións individuais.<br><br>Fórmula: $\frac{\text{Suma total de actuacións de coordinación x 100}}{\text{Suma total de prestacións individuais.}}$<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.<br>Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.<br>Fonte de datos: Memoria excel cos datos das sesións.<br>Estándar: Por definir |

| Nº10 **Demora** |
|---|
| Nome do indicador**:** Demora<br>Dimensión: Procesos<br>Xustificación: Os servizos deben atender as solicitudes de forma precoz.<br><br>Fórmula: $\frac{\text{Suma do Nº de días entre data de solicitude e data de acollida}}{\text{Nº de casos}}$<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.<br>Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.<br>Fonte de datos: Memoria excel coa data de entrada e de consulta de todos os casos.<br>Estándar: 30 días |

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 11, 12

N°11 **Información e orientación**

Nome do indicador**:** Información e orientación

Dimensión: Procesos

Xustificación: As familias reciben información e orientación sobre os recursos e prestacións públicas dispoñibles nas redes comunitarias.

Fórmula: Puntuación do epígrafe na enquisa de satisfacción das familias.

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente .

Ámbito: Enquisas de satisfacción das familias.

Fonte de datos: Memoria excel coas puntuacións da enquisa de satisfacción polas familias.

Estándar: 4 (escala 1 a 5)

N°12 **Coordinador de caso**

Nome do indicador**:** Coordinador de caso

Dimensión: Procesos

Xustificación: As familias contan cun profesional único, interlocutor de referencia.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de casos atendidos x100}}{\text{Nº de casos nos que o equipo asigna o coordinador de caso.}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Memoria excel co dato de casos atendidos e coordinadores de caso.

Estándar: 100%

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 13, 14

N°13 **Informe de alta**

Nome do indicador**:** Informe de alta

Dimensión: Procesos

Xustificación: Todos os expedientes deben contar cun informe de alta ao finalizar a intervención, e se entregará a petición expresa da familia.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de expedientes con informe de alta x 100}}{\text{Nº total de expedientes de alta.}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Aplicación informática.

Estándar: 100%

N°14 **Consulta de acollida**

Nome do indicador**:** Consulta de acollida

Dimensión: Procesos

Xustificación: Todos os expedientes contan cun rexistro da consulta de acollida e información dos seus epígrafes.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de expedientes con rexistro da consulta de acollida x100}}{\text{Nº total de expedientes en intervención.}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Aplicación informática.

Estándar: 100%

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 15, 16

N°15 **Cribado**

Nome do indicador: Cribado

Dimensión: Procesos

Xustificación: Nas preocupacións por retraso evolutivo aplícase e rexístrase sempre unha proba estandarizada de cribado .

Fórmula: $\frac{\text{Nº de expedientes con retraso evolutivo con ASQ x 100}}{\text{Nº de expedientes con retraso evolutivo.}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Aplicación informática.

Estándar: 100%

N°16 **Perfil diagnóstico**

Nome do indicador: Perfil diagnóstico

Dimensión: Resultados

Xustificación: Todos os expedientes no momento de alta contan cun rexistro do seu perfil diagnóstico.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de expedientes cun perfil diagnóstico rexistrado na alta x 100}}{\text{Nº total de expedientes de alta.}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Aplicación informática.

Estándar: 100%

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 17, 18

| Nº17 **Satisfacción das familias** |
|---|
| Nome do indicador: Satisfacción das familias<br>Dimensión: Resultados<br>Xustificación: Os servizos son avaliados polas familias.<br><br>Fórmula: Puntuación media do epígrafe de satisfacción global na enquisa de familias.<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.<br>Ámbito: Enquisas de satisfacción das familias.<br>Fonte de datos: Memoria excel coa data de concello de procedencia.<br>Estándar: 4 (escala 1 a 5) |

| Nº18 **Poboación atendida** |
|---|
| Nome do indicador: Poboación atendida<br>Dimensión: Resultados<br>Xustificación: A carga asistencial dos servizos é axeitada.<br><br>Fórmula: Nº de casos atendidos/Nº de profesionais do equipo.<br><br>Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente .<br>Ámbito: Nenos/as atendidos/servizo comunitario.<br>Fonte de datos: Memoria excel coa relación do nº de casos atendidos.<br>Estándar: Por definir |

# INDICADORES DO CADRO DE MANDO 19, 20

Nº19 **Detección**

Nome do indicador: Detección

Dimensión: Resultados

Xustificación: A detección precoz se realiza en todos os ámbitos da comunidade.

Fórmula: Distribución porcentual dos nenos/as atendidos segundo o lugar de detección.

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Memoria excel co dato de lugar de detección.

Estándar: Por definir

Nº20 **Ingresos**

Nome do indicador: Ingresos

Dimensión: Resultados

Xustificación: Os servizos realizan unha función preventivo-asistencial.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de ingresos x100}}{\text{Nº de casos atendidos}}$

Explicación de termos: Decreto 183/2013. O indicador será avaliado anualmente.

Ámbito: Nenos/as atendidos cada ano.

Fonte de datos: Memoria excel coa especificación de ingresos anuais.

Estándar: Por definir

# ANEXO E MODELO DE CONTRATO ASISTENCIAL

**SERVIZO COMUNITARIO**

**GUÍA DE USUARIOS – CONTRATO ASISTENCIAL**

**1) Identificación e titularidade do servizo**

A Unidade de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá da comarca do (UDIAF ), localizada no ---------- e enderezo electrónico @atenciontemprana.com, é unha unidade dependente da Asociación Galega de Atención Temperá, entidade rexistrada co nº 1056 no rexistro de entidades prestadoras de servizos sociais da Xunta de Galicia (RUEPSS)

**2) Servizo: definición e características.**

Esta unidade ten por obxectivo apoiar o desenvolvemento infantil e a inclusión sociofamiliar dos nenos e as nenas de 0 a 6 anos que o precisen, mediante a realización de intervencións preventivas e asistenciais de Atención Temperá dirixidas ao propio neno/a, á súa familia e ao seu contorno.

**3) Duración dos servizos**

A duración do servizo será a que precise cada neno/a y estenderase ata que as necesidades poidan ser cubertas polos servizos ordinarios, sanitarios, sociais ou educativos, ou, en todo caso, cando cumpra 6 anos, de acordo coa norma establecida no Decreto 183/2013de 5 de decembro, polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá.

Será prioritaria a atención aos nenos/as máis cativos, con grave afectación evolutiva ou que non dispoñan de outros medios asistenciais axeitados no seu contorno inmediato.

**4) Sistema de admisión**

O aceso ao servizo de Atención Temperá efectúase de acordo coas seguintes normas:

- Mediante demanda do pai, nai ou representante legal mediante a correspondente solicitude cumprimentada e asinada
- Mediante achega do dato de residencia no contorno asistencial do servizo, na comarca do Deza, fotocopia DNI, tarxeta sanitaria e libro de familia.

**5) Funcións**

As funcións do servizo de Atención Temperá son as seguintes:

- Acollida, valoración evolutiva e intervención interdisciplinaria dos nenos de 0 a 6 anos con trastornos ou situacións vulnerables do desenvolvemento.

- Achega e aplicación integrada de técnicas relacionais, de estimulación, psicomotricidade, logopedia e psicoterapia.

- Apoio emocional, social, informativo e formativo á familia relacionado coa información diagnóstica ou co trastorno do desenvolvemento.

- Información, orientación e apoio relacionado co desenvolvemento persoal e as necesidades cotiáns.

- Orientación sobre outros apoios económicos, sanitarios, educativos e sociais.

- Coordinación cos recursos sanitarios, educativos e sociais e apoio ás escolas infantís de primeiro e segundo ciclo.

- Análise de contextos e itinerarios con identificación de factores facilitadores e barreiras.

- Sensibilización do contorno comunitario respecto da comprensión do neno con trastornos no desenvolvemento.

**6) Persoal**

O servizo dispón de profesionais con formación en desenvolvemento infantil e apoio familiar que cobren as áreas propias do servizo de atención temperá: psicóloga/coordinadora da UDIAF, terapeuta especialista en desenvolvemento infantil-psicomotricista, logopeda.

**7) Normas xerais de funcionamento**

- O servizo dispón dun taboleiro de anuncios no que se expoñen os requisitos de autorización do servizo.

- O servizo dispón, previa cita, dun horario de información e atención as familias por parte da persoa responsable do centro.

- O horario de atención directa á familia e ao neno será sempre en función das horas acordadas entre familia e servizo, e será realizado polo profesional que corresponda en función da actividade definida.

- Os acompañantes do neno/a estarán nos espazos comúns cando o profesional responsable así o indique con obxecto de obter un desenvolvemento máis axeitado das sesións.

- O mantemento e a frecuencia horaria na atención ao neno/ e a familia estará suxeito á capacidade do servizo e a súa dispoñibilidade horaria.

- Os cambios ou modificacións no réxime de asistencia ao centro deberán informarse á familia coa máxima antelación.

**8) Réxime económico**

O servizo de Atención Temperá non estará suxeito a contraprestación económica por parte das persoas e as familias que o reciban.

**9) Mecanismos de información**

- O centro dispón de follas de reclamacións e suxerencias que estarán a disposición das familias ou persoas que o soliciten.

- O centro exporá no taboleiro de anuncios toda aquela información que sexa de interese para o neno/a e a súa familia.

- O centro realizará reunións periódicas cos pais ou representantes legais do neno/a para informar do seu desenvolvemento.

**10) Dereitos**

Os dereitos das persoas beneficiarias son os legalmente establecidos e recoñecidos segundo a lexislación que regula os servizos sociais. Así mesmo, todas as persoas, en tanto que usuarias ou usuarios dos servizos terán os seguintes dereitos:

- A utilizar o servizo en condicións de igualdade e sen discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, estado civil, idade, ideoloxía ou crenza.

- A recibir un trato acorde á dignidade da persoa e ao respecto dos dereitos e liberdades fundamentais, tanto por parte do persoal como das persoas implicadas no servizo.

- A unha intervención individualizada acorde coas súas necesidades específicas, para conseguir o seu desenvolvemento integral.

- A recibir información de xeito áxil, suficiente e veraz, e en termos comprensibles.

- A ter asignada unha persoa profesional de referencia que actúe como interlocutora principal e que asegure a coherencia e a globalizade no proceso de intervención.

- Á confidencialidade, sixilo e respecto en relación aos seus datos persoais e información que sexa coñecida polo servizo en razón da intervención profesional, sen prexuízo do posible acceso aos mesmos no exercicio dunha acción inspectora, de conformidade coa lexislación vixente en materia de protección de datos de carácter persoal.

- A acceder ao seu expediente persoal e a obter copia dos informes contidos no mesmo.

- Á calidade das prestacións recibidas, podendo presentar suxestións e reclamacións e avaliar o traballo realizado mediante enquisas de satisfacción.

**11) Deberes**

O pai ou nai teñen os deberes seguintes:

- Cumprir as normas, requisitos e procedementos para o acceso ao servizo, facilitando información precisa e veraz sobre a unidade familiar e comunicando as variacións que experimenten as mesmas.

- Comunicar ao persoal de referencia coa máxima antelación posible calquera cambio significativo de circunstancias que puidese implicar a interrupción ou modificación substancial da intervención proposta polo servizo.

- Colaborar co persoal encargado de prestarlles a atención necesaria, acudindo ás entrevistas cos mesmos e seguindo os programas e orientacións que acordados.

- Manter unha actitude positiva de colaboración coas persoas profesionais dos servizos sociais, participando activamente no proceso que xere a intervención social na que sexan destinatarias.

- Participar de xeito activo no seu proceso de mellora, autonomía persoal e inserción social.

- Cando utilicen as instalacións do centro, observar os regulamentos e normas de funcionamento ou convivencia.

**12) Sistema de baixa**

O neno/a poderá causar baixa por algunha das causas seguintes:

- Por renuncia escrita do pai, nai ou representante legal.

- Por baixa asistencial, unha vez que se acadan os obxectivos evolutivos previstos ou por derivación a outros servizos,

- Pola non xustificación de dúas faltas de asistencia as sesións ou citas, incumprimento da normativa vixente aplicable ou do programa asistencial.

- Por cambio no domicilio familiar habitual que implique residencia fora do ámbito da Comarca …

- Por idade cronolóxica unha vez que o neno/a cumpra a idade límite de asistencia.

# ANEXO F **MODELO DE INFORME DE SITUACIÓN**

## INFORME DE SITUACIÓN

- **Datos do neno/a**
- **Motivo da demanda – Preocupacións da familia**
- **Contextualización da demanda**
- **Unidade de convivencia e rutinas de vida**
- **Perfil biográfico**
- **Traxectoria escolar**
- **Condición de saúde**
- **Valoración inicial**

**A** *Sinalando a idade, delimitando o problema evolutivo e/ou de socialización, e o nivel ou etapa do desenvolvemento na que se atopa segundo observación propia e probas administradas.*

**B** *Apuntando, no seu caso, e cando sexa conveniente, a posibles orixes do problema evolutivo e/ou de socialización e os factores que o modifican (barreiras/estresores/apoios).*

**C** *Recordando sempre o que sabemos das funcións sensoriomotrices clave para a relación social: audición, visión, desprazamento e manipulación.*

**D** *Describindo a súa iniciativa para comunicarse, temas que propón, actitudes e formas de actuar-falar, flexibilidade/rixidez e capacidade de axuste a os outros cos que está. Presencia e relación con figuras de apego. Situación dos procesos axiais de vinculación, individuación, socialización. Competencias pragmáticas.*

**E** *Expoñendo os seus intereses e a súa iniciativa para explorar e xogar de forma individual espontánea e o tipo de xogos nos que se implica, seguindo o seu desexo.*

**F** *Rexistrando o nivel de autonomía en hábitos de vida diaria.*

**G** *Achegando información dos cribados ou probas administradas*

* **Plan personalizado de intervención** realizado ou por realizar e que debe conter:

**H** *Os datos de xestión do plan:*

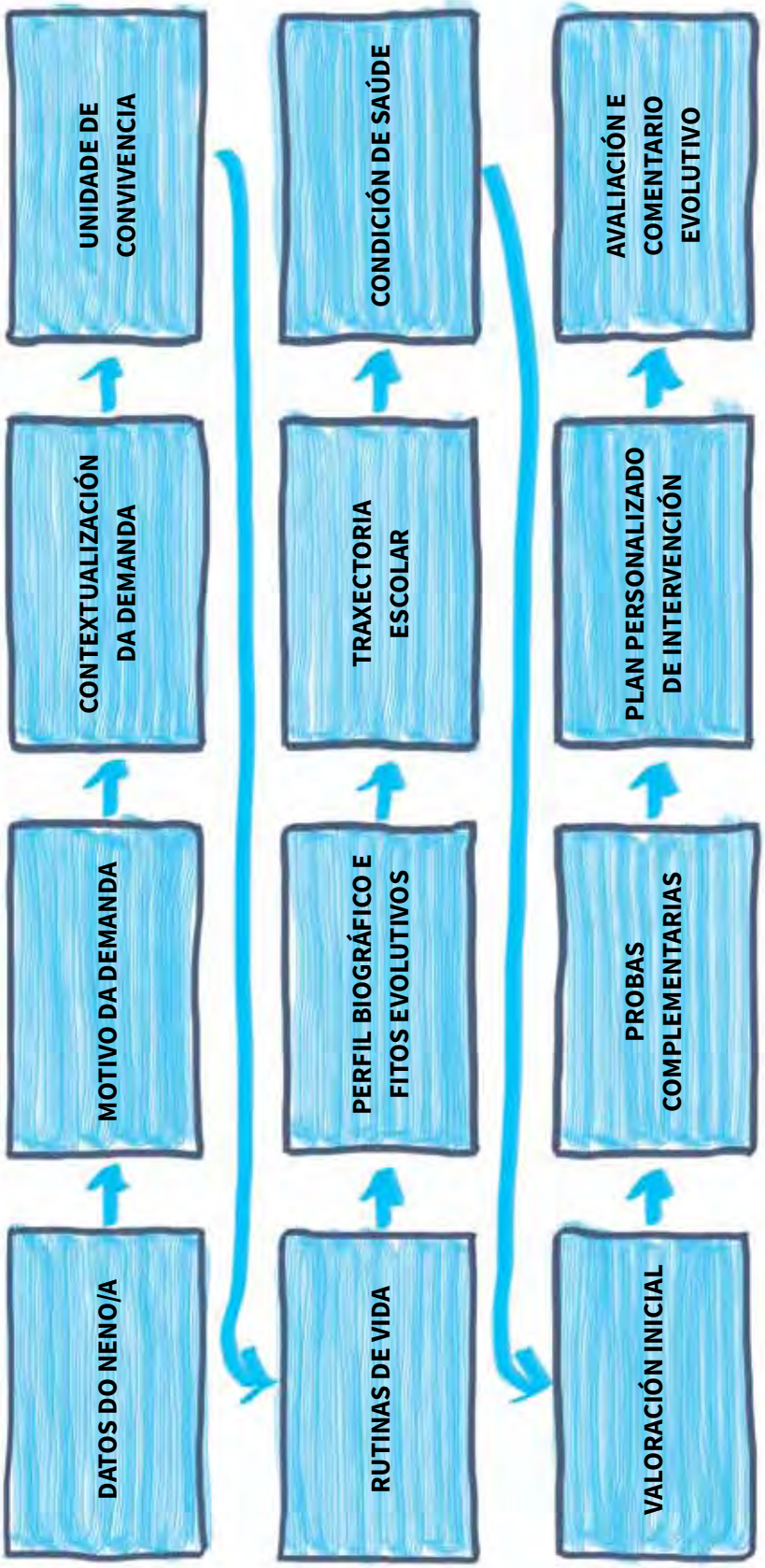
**I** *As liñas de actuación/ estratexias acordadas de maneira global e os obxectivos operativos ou nunhas e outras áreas do desenvolvemento.*

**J** *A estrutura de recursos e apoios despregados ou a despregar.*

**K** *Os prazos de revisión e/ou avaliación.*

* **Comentario evolutivo.** Síntese dos cambios, incidencias ou modificacións ao longo do período que se estea valorando e que finalizará cun sumario dos problemas evolutivos e de socialización solucionados ou pendentes.

Ilustración 23. Modelo de Informe de situación



# INDICE de TÁBOAS e ILUSTRACIÓNS

Ilustración 1. Marco conceptual das UDIAF . . . . . 15
Ilustración 2 As comarcas do Deza, Salnés e Bergantiños . . . . . 17
Ilustración 3. Recursos humanos das UDIAF . . . . . 18
Ilustración 4. Ámbito funcional das UDIAF . . . . . 19
Ilustración 5. As competencias persoais para o traballo en Atención Temperá . . . . . 20
Ilustración 6. Evolución histórica do traballo en equipo na Atención Temperá . . . . . 22
Ilustración 7. Fases do proxecto UDIAF . . . . . 23
Ilustración 8. Estudos e investigacións realizados polas UDIAF 2009-2015 . . . . . 26
Ilustración 9. O proceso de actuación en Atención Temperá . . . . . 27
Ilustración 10. Ciclo de mellora dos procesos nas UDIAF . . . . . 31
Ilustración 11. Histograma segundo a idade de acceso . . . . . 44
Ilustración 12. Distribución segundo sexo . . . . . 46
Ilustración 13. Carteira de casos . . . . . 50
Ilustración 14. Especialización en Atención Temperá . . . . . 51
Ilustración 15. Traballando xuntos . . . . . 52
Ilustración 16. Sala de apoios . . . . . 54
Ilustración 17. Aplicación informática. Pantalla de entrada . . . . . 55
Ilustración 18. Diferenciación das actividades . . . . . 57
Ilustración 19. A valoración en equipo . . . . . 61
Ilustración 20. Procedencia das derivacións . . . . . 63
Ilustración 21. Rotación . . . . . 64
Ilustración 22. Satisfacción das familias . . . . . 65
Ilustración 23. Modelo de informe de situación . . . . . 110
–
Táboa 1. Financiación das UDIAF . . . . . 25
Táboa 2. Categorías do glosario de actuacións . . . . . 28
Táboa 3. Sistema de rexistros . . . . . 28
Táboa 4. Cadro de indicadores iniciais das UDIAFS . . . . . 29
Táboa 5. Clúster sindrómico e de exclusión social. Medias . . . . . 45
Táboa 6. Clúster da linguaxe e da comunicación social. Medias . . . . . 45
Táboa 7. Clúster afectivo-adaptativo. Medias . . . . . 45
Táboa 8. Indicadores de cobertura para cadro de mando . . . . . 47
Táboa 9. Media de servizos/caso . . . . . 48
Táboa 10. Indicadores de estrutura e profesionais para o cadro de mando . . . . . 56
Táboa 11. Indicadores de actividades para o cadro de mando . . . . . 58
Táboa 12. Indicadores de procesos para cadro de mando . . . . . 63
Táboa 13. Indicadores de resultados para o cadro de mando . . . . . 66
–
Cadro 1. Estabilidade do equipo . . . . . 53
Cadro 2. Epígrafes do contrato asistencial . . . . . 56
Cadro 3. Criterios de entrada segundo o Protocolo . . . . . 59
Cadro 4. Epígrafes da historia das UDIAFS . . . . . 60
Cadro 5. Dimensións avaliadas polas familias . . . . . 65

agat
asociación galega de atención temperá

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL