

LA ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA. JALONES DE SU DESARROLLO ORGANIZATIVO

Demetrio Casado

Este texto versa sobre la gestión y la organización relativas a la oferta de atención temprana de nacidos de riesgo y afectados de deficiencias en España. Me limitaré a las acciones de alcance nacional, sea por su objeto o por su impacto. La atención temprana –que ha recibido otras denominaciones- ha seguido y sigue enfoques y técnicas diferentes, lo cual no será objeto de esta exposición.¹ Tampoco se abordan aquí los desarrollos científico y técnico de la atención temprana, ni su incorporación a la universidad.² Utilizaré fuentes públicas, así como información particular facilitada por algunos de los protagonistas que mencionaré más adelante.³ En los momentos fundacionales, suelen ser muy importantes las ideas y conductas de individuos y entidades singulares, de modo que haré algunas menciones que considero relevantes; me excuso de posibles olvidos y fallos de apreciación.

1. EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA INICIAL EN ESPAÑA

Tras la concepción científica y primer desarrollo técnico de la atención temprana, su aplicación efectiva en España debió de estar condicionada, como ocurre con cualquier innovación, por las circunstancias del país; en este apartado voy a reseñar algunas de las que, a mi parecer, pudieron ser relevantes al efecto.

La economía

¹ Sobre ello puede verse, Pilar Gútiez, “Conceptualización de la atención temprana”, en María Gracia Millá y Fernando Mulas, *Atención temprana*, Promolibro, Valencia, 2005.

² Sirva como botón de muestra del trabajo investigador que el Premio Reina Sofía 2000, de Investigación sobre Prevención de las Deficiencias –del Real Patronato de Prevención y de Atención de Personas con Minusvalía-, fue concedido al trabajo *Apoyos al Desarrollo de los Niños Nacidos Demasiado Pequeños, Demasiado Pronto*, de los Drs. Carmen R. Pallás Alonso, Javier de la Cruz Bértolo y M. Carmen Medina López; publicado por el Real Patronato en el nº 56/2000 de su colección Documentos. En cuanto a la incorporación de los estudios de atención temprana al nivel académico superior, debo mencionar los cursos de postgrado de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad de Valencia, dirigidos respectivamente por Pilar Gútiez y José Arizcun, y por Roberto Hernández, Fernando Mulas y María Gracia Millá.

³ Agradezco la información que me dieron José María Alonso Seco, José Arizcun, Pilar Gútiez, Fátima Pegenaute, María Gracia Millá, Felipe Retortillo, María Jesús Sanz e Ignacio Villa Elizaga. Aparte de ellos, me facilitaron documentación e información el Centro Español de Documentación sobre Discapacidad, del Real Patronato sobre Discapacidad, sobre varios temas; Stella Caniza de Páez, sobre Lydia Coriat; y María Luisa de Ramón Laca, sobre doña Carmen Gayarre. Por otra parte, me he servido de alguna información obtenida con ocasión de mi trabajo funcional en el SEREM (INSERSO) y en el Real Patronato.

La guerra civil de 1936-39 quebrantó severamente la economía española. En la política seguida por el régimen de Franco ante esa situación, cabe destacar dos rasgos: se optó por la autarquía económica, que suponía una defensa ante el aislamiento internacional sufrido por España a causa de su régimen autoritario y que servía de refuerzo del mismo; se priorizó la industrialización, que era una vía objetiva de apertura a la innovación técnica. La fórmula no resultó eficaz para sacar a la economía de su postración.

La que cabe considerar segunda etapa del franquismo se relaciona con el acceso al Gobierno, en 1957, de un equipo económico decidido a reorientar la economía de acuerdo con los criterios capitalistas ortodoxos. Esto suponía, en un momento en que el aislamiento diplomático se había aliviado, renunciar a la autarquía y propiciar el intercambio internacional; reforzado éste por políticas particulares como la facilitación de la salida de emigrantes y el fomento del turismo. Supongo que por la sinergia de la nueva política con tendencias espontáneas de la economía española, la misma experimentó una mejoría espectacular, que se visibilizó sobre todo en los años 60 con el llamado “milagro económico español” –que siguió al alemán y al japonés-.

En el decenio de los 70, la situación económica experimentó el impacto de las crisis internacionales producidas aparentemente por las fuertes subidas de los precios del petróleo en 1972-73. La estrategia tradicional del régimen franquista de ocultar las adversidades públicas le llevó en esta ocasión a minimizar la conciencia de los hechos, lo que supuso eludir o retrasar medidas de ajuste que adoptó el común de los países occidentales. Pero estas circunstancias adversas, a mi parecer, no dañaron sensiblemente la conciencia social de capacidad para el progreso técnico que debió de recuperarse en los años precedentes.

La sociedad

En cuanto a las estructuras sociales, debo comenzar refiriéndome al cambio demográfico que venía experimentando el país desde la segunda mitad del siglo XIX, con algún retraso respecto a los países europeos, y cuyos factores eran los descensos de las tasas de natalidad y de mortalidad –ésta salvo el periodo de la guerra civil de 1936-39-.⁴ En lo que concierne a la natalidad, que es la que interesa a esta exposición, la tabla ofrece datos indicativos de la importante caída de su tasa. El incremento de población hace que tal descenso relativo no suponga una reducción de la cifra absoluta de nacimientos hasta el decenio de los 70, pero ya se ve en la tabla que la cifra de 1981 representa una reducción muy importante.

DATOS DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA ESPAÑOLA

AÑOS	POBLACIÓN, En miles	NACIMIENTOS, en miles	TASA DE NATALIDAD, Por 1.000
-------------	--------------------------------	----------------------------------	---

⁴ Pueden verse un análisis del fenómeno indicado en Juan Díez Nicolás, “La población española”, Salvador Giner (direc.), *España. Sociedad y Política*, Espasa Calpe, Madrid, 1990; y Miguel Juárez y Victor Renes Ayala, “Población, estructura y desigualdad social”, en Miguel Juárez (director), *V Informe sobre la situación social de España*, Fundación Foessa, Madrid, 1994.

1900	18.594,40	627,84	33,76
1940	25.877,97	630,07	24,37
1960	30.430,69	658,91	21,60
1970	33.917,23	659,83	19,50
1981	37.682,35	533,00	14,12
1991	38.872,26	386,01	9,93

Fuente: INE. Los ajustes de que son objeto las cifras de población por el INE pueden dar lugar a que las incluidas en esta tabla difieran en pequeñas magnitudes de las registradas en otras fuentes.

El fenómeno señalado pudo ser relevante para la recepción de la estimulación precoz, en cuanto que redujo la presión cuantitativa de la demanda de asistencia obstétrica y pediátrica. La ampliación de los correspondientes servicios que estaba llevando a cabo por aquellos años la Seguridad Social debió de tomar como referencia las cifras de nacimientos superiores a seiscientosmil, en tanto que la demanda efectiva se fue reduciendo. Esta menor presión cuantitativa fue un factor potencialmente favorable para mejoras como la que supone atender a los niños demandantes de estimulación precoz.

Acaso sea más probable el efecto positivo en la recepción de la nueva modalidad de intervención el descenso de la mortalidad infantil.⁵ La pediatría tenía planteado el grave problema de las altas tasas de mortalidad en el primer año de vida. En el periodo 1901-1910, la tasa media anual referida a 1.000 nacidos era de casi 161; y en el periodo 1940-45, la media anual aun fue de 115. En el quinquenio 1961-1965, la tasa en cuestión había descendido a 32, es decir, una cuarta parte de la anterior. El éxito se confirmó en los años siguientes: de 1971 a 1975, 21; en 1981, 12; y en 1990, 8. Tras la reducción de la mortalidad infantil, a la pediatría se le abrió la posibilidad de afrontar nuevas metas, como la mayor atención a los nacidos candidatos potenciales a la estimulación precoz.

La mayor atención de los nacidos con deficiencias o riesgo de las mismas se vio estimulada, por lo demás, en la segunda etapa del franquismo por el incremento de las tasas de nacimientos de niños prematuros y/o de bajo peso, entre los cuales dichos problemas son especialmente frecuentes.

En el orden de las iniciativas sociales, a las diversas y dispersas acciones en marcha vienen a sumarse las asociaciones de padres de niños afectados de limitaciones intelectuales –subnormales, en la terminología de la época-. Parece que la primera de ámbito provincial constituida formalmente fue ASPRONA, de Valencia, creada en 1959. Después veremos que el movimiento asociativo vino a jugar un cierto papel en el desarrollo de la atención temprana.

Las políticas sociales

El régimen de Franco generó un importante desarrollo de la Seguridad Social, especialmente a partir de su Ley de Bases de 1963. Mediante la gran institución protectora se proveyó una amplia cobertura de la asistencia sanitaria. Al servicio de ésta se instaló una creciente red hospitalaria. En la planificación de la misma, para la asistencia pediátrica –y para la obstétrica-, se debió de tomar como referencia la cifra de nacimientos, la cual descendió sensiblemente en el curso de la ejecución de dicha

⁵ Ver Juan Díez Nicolás, *op. cit.*, p. 82.

política. De este modo vino a producirse un balance oferta-demanda favorable al perfeccionamiento de la asistencia pediátrica, incluida la neonatal.

En el campo de la educación, fue de gran importancia la promulgación de la Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa (Ley Villar). La misma universaliza el derecho a la Educación General Básica y Profesional de primer grado –ésta para quienes no siguieran estudios superiores-, que se declaran obligatorias y gratuitas (art. 2.2). Regula esta Ley la educación especial (arts. 49 a 53). Y regula también la Ley Villar la educación preescolar, para niños de dos a cinco años de edad y de régimen voluntario (art. 13.2).

La citada Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social abrió la misma a dos modalidades de prestaciones complementarias de las básicas: los servicios sociales y la asistencia social (bases 15ª y 16ª). Mediante el Decreto 2421/68 de 20 de septiembre, se crea el Servicio Social de Asistencia a Menores Subnormales. Por el Decreto 2531/1970, de 22 de mayo, sobre empleo de trabajadores minusválidos se regula el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos (SEREM), con carácter de servicio común de la Seguridad Social (art. 22.1). Estos dos servicios sociales vinieron a ser aportaciones estimables de la política pública sobre discapacidad. El primero apenas tuvo incidencia en la innovación técnica, en razón de que operó mediante una asignación económica. El segundo de ellos jugó un papel decisivo en el desarrollo de la intervención en discapacidad, incluyendo la atención temprana, según se verá en su momento; esto es predicable tanto del SEREM inicial como del integrado en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) mediante el Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo

La conciencia técnica

Ya me referí antes a que la pediatría, por el descenso de la mortalidad infantil y por el incremento de los nacimientos de niños prematuros y de bajo peso, tuvo la posibilidad y se vio abocada a desarrollar la atención a los mismos. Esto vino a propiciar, al menos en determinados profesionales y servicios hospitalarios de perinatología, la preocupación por la ulterior atención de los niños afectos de deficiencias o de riesgo de las mismas.

En su primera etapa, las asociaciones de padres de niños con limitaciones intelectuales se preocuparon sobre todo de la educación de los mismos a partir de su edad escolar (6 años). La oferta pública de la función educativa, salvo algún centro singular, no les daba entrada y la oferta privada era escasa y onerosa. Como quedó dicho, la Ley General de Educación de 1970 vino a salvar esa grave laguna, aunque se tardaría algún tiempo en implementar su aplicación. En una etapa siguiente a la evocada, se fue abriendo entre los padres la conciencia de necesidad de atender al desarrollo de los niños en la etapa preescolar.

Inicialmente, el SEREM centró su atención en los jóvenes y adultos afectos de deficiencias físicas, como correspondía al hecho de que dicho Servicio fuera creado mediante un Decreto, antes citado, sobre “empleo de trabajadores minusválidos”. Por el Decreto 731/1974, de 31 de marzo, el organismo SEREM pasa a tener responsabilidades en la edad infantil, al serle encomendada la gestión del Servicio

Social de Asistencia a Subnormales, anteriormente indicado. Pero este Servicio Social venía operando mediante ayudas económicas, y el SEREM tardó tiempo en abrirse a la intervención técnica directa. Esto se vio favorecido por la relación con asociaciones y otras entidades especializadas. Las cuestiones sanitarias y de educación remitían a los ministerios expresamente competentes en las mismas, pero la atención temprana no estaba adscrita a ningún departamento y el SEREM le abrió su conciencia institucional.

2. PRIMEROS PASOS PROMOCIONALES

Mediante inspiración en iniciativas pioneras foráneas, los tratamientos de estimulación precoz -según el uso léxico entonces dominante- emergen en España a comienzos del decenio de los 70.⁶ Las acciones pioneras se realizan en varios centros hospitalarios por iniciativas personales autónomas. Está bien documentada la experiencia dirigida por el doctor Rafael González Más, jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Central de La Cruz Roja.⁷ Tuvo un desarrollo y continuidad muy estimables el trabajo dirigido por el doctor Ignacio Villa Elízaga en el Servicio de Neonatología de la Maternidad Santa Cristina (de la Beneficencia, dependiente del Ministerio de Educación), que cuajaría en la Policlínica Madurativa, creada en 1974.

Las iniciativas de doña Carmen Gayarre

Los primeros pasos de alcance colectivo fueron dados por iniciativa de doña – según el tratamiento que, aun después de fallecida, se le da usualmente- Carmen Gayarre, de cuya biografía creo oportuno extraer algunos datos.⁸ Nace en 1900; se gradúa en Magisterio y se doctora en Filosofía y Letras; profesa la disciplina de Paidología en la Universidad Central –hoy Complutense- de Madrid. En 1942 alumbró un hijo afecto de síndrome de Down, lo cual le lleva a emprender diversas iniciativas de servicio colectivo para niños afectados de deficiencia mental; para dar base institucional a las mismas crea en 1958 la Fundación Centro de Enseñanza Especial –en la actualidad, Gil Gayarre-. En relación con ello y como no pudiera hacerlo en España, recurrió al Centro Internacional de la Infancia, con sede en París, para especializarse en Educación Especial. A doña Carmen, además de la educación escolar –a la sazón, con una oferta muy limitada-, le interesó inicialmente la preparación para el trabajo de los jóvenes con deficiencia y el desempeño del mismo. Pero en sus exploraciones internacionales⁹ tuvo

⁶ Sobre la historia de la estimulación precoz / atención temprana pueden verse las siguientes fuentes, citadas por orden cronológico: Jordi Sansalvador, *La estimulación precoz en la educación especial*, Ediciones Ceac, Barcelona, 1987, pp. 9 a 18; José María Alonso Seco, “Atención temprana”, en *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1997; y María Gracia Millá, “Reseña histórica de la Atención Temprana”, en María Gracia Millá y Fernando Mulas, *Op. cit.*

⁷ Sus aportaciones pioneras están documentadas en publicaciones propias, como: Rafael González Más, “Fundamentación neurofisiológica de una nueva metódica rehabilitativa del deficiente mental”, en *Revista Iberoamericana de Rehabilitación*, 2, 1970; Rafael González Más y M. de la Fuente González, “Sobre una nueva metodología en el adiestramiento y maduración de los deficientes mentales”, *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1972.

⁸ La misma puede verse en Jesús Iribarren Rodríguez, “Carmen Gayarre Galvete, Premio Reina Sofía de Rehabilitación e Integración”, *Boletín del Real Patronato*, nº 32, diciembre de 1995.

⁹ La atención de doña Carmen Gayarre a los avances internacionales puede comprobarse en su artículo “Los padres de retrasados mentales, ¿necesitan ayuda? ¿Pueden prestarla?”, Secretariado de Educación

conocimiento de las iniciativas de estimulación precoz que se estaban realizando en los Estados Unidos, Argentina y Uruguay; las cuales le mueven a tomar cartas en un asunto en el que, por la edad de su hijo, no le atañía de modo personal.

Doña Carmen inició su acción promotora de la función que nos ocupa de modo organizado mediante un “Curso breve teórico-práctico de estimulación precoz para niños de cero a cinco años”, que tuvo lugar en Madrid, entre los días 6 de marzo a 11 de mayo de 1973. Fue sede del mismo la Escuela de Fisioterapia de la Universidad Central -hoy, Complutense- de Madrid. Intervinieron como profesores profesionales de estos centros: Hospital Francisco Franco –hoy, Gregorio Marañón-, de la Beneficencia provincial de Madrid; Hospital Clínico de San Carlos, de la citada Universidad Central de Madrid; Hospital Infantil fray Bernardino de Sahagún, de la Beneficencia, de Madrid; Maternidad Santa Cristina, ya citada; Universidad Central de Madrid; y Lydia Coriat, pediatra argentina de cuyo trabajo tuvo doña Carmen, al parecer, conocimiento indirecto. El papel referencial que jugó en el curso amerita que dé noticia, siquiera sea breve, de su ejecutoria.¹⁰

En los años cincuenta y en el servicio de neurología del Hospital de Niños, de Buenos Aires, Lydia Coriat se formó como pediatra y preparó su tesis doctoral. Versó ésta sobre el desarrollo psicomotriz en el primer año de vida del niño.¹¹ En 1960, se interesa por el mongolismo –según la denominación del síndrome de Down en aquella época- y, mediante una beca pública, se desplaza a París para estudiar esta afección con Lejeune, descubridor de la trisomía 21. Pero su intuición de la estimulación temprana – como ella denominaba a su método- le llega mediante su práctica clínica. Observó en el curso de la misma que los niños afectados de mongolismo se deterioraban en su proceso evolutivo. Hizo excepción a esta regla una niña cuyo tratamiento no se limitó a la reeducación fonética o motriz, sino que había contado con la intervención de una psicóloga. A partir de ahí articula su método de estimulación temprana, que: comienza en la lactancia, es de carácter interdisciplinar, incluye el enfoque psicoanalítico y procura la incorporación adaptativa y cooperativa de la familia al proceso de desarrollo del niño afectado.¹² En un congreso celebrado en 1964 y en Mar del Plata, presentó ya un informe sobre su trabajo innovador. Y dio a conocer su planteamiento en España mediante su participación en un libro colectivo.¹³ En 1971, es decir, antes de que participara en el curso organizado por doña Carmen Gayarre, Lydia Coriat funda el Centro de Neurología Infantil –al que se le dio su nombre tras fallecer en el año 1980-.

Doña Carmen organizó un segundo curso sobre estimulación precoz, que tuvo lugar del 15 de febrero al 18 de marzo de 1975, con la misma sede que el anterior. También repitieron los profesores nacionales, pero varió la aportación extranjera, que corrió a cargo de: Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo, docente uruguaya –se le

Especial de la Comisión Especial de Enseñanza, *Deficiencia mental, cuestión urgente*, Euramérica, Madrid, 1970.

¹⁰ Sigo al efecto fundamentalmente a Elsa Coriat, *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*, Editorial La campana, La Plata, 1996, fuente ésta que recoge testimonios autobiográficos de Lydia Coriat.

¹¹ Desarrolla este tema en su libro *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*, Ed. Hemisur, Buenos Aires, 1974.

¹² Ver respuesta de Lydia F. Coriat y Alfredo N. Jerusalinsky a una encuesta de *Siglo Cero*, nº 57, 1978.

¹³ “El problema de la infancia”, Secretariado de Educación Especial de la Comisión Episcopal de Enseñanza, *op. cit.*

concedería el Premio Reina Sofía de Rehabilitación e Integración, en 1995-;¹⁴ y Mary Anne Newcomb, de la Universidad de Berkeley, EE. UU. Doña Carmen conoció previamente los trabajos de Eloisa García Etchegoyhen en estimulación precoz mediante contactos directos. La participación de la misma en el citado curso tuvo lugar dentro de una estancia de asesoramiento patrocinada por la Organización Mundial de la Salud. Por su papel en aquella coyuntura resulta conveniente una breve información sobre su bagaje en estimulación precoz.

Tras graduarse como maestra (1941) y ejercer esa profesión en Uruguay, se desplaza a los USA (1944) donde se forma en una escuela para niños con lesiones cerebrales y obtiene un master en Psicología Clínica (1948). Al volver a Uruguay, le ofrecen y acepta (1949) la dirección de la Escuela Auxiliar, dedicada a niños con retardo mental educables -según la concepción de la época-. Este centro público, que pasó a denominarse Escuela de Recuperación Psíquica nº 1 (1953), fue objeto de reorganización por impulso de García Etchegoyhen, la cual volvería por entonces (1954) a los Estados Unidos para formarse en rehabilitación profesional de afectados por deficiencias psíquicas y físicas. Su pionerismo le llevó a desplegar nuevos servicios en la citada Escuela de Recuperación Psíquica nº 1, como estos: educación para niños con déficit múltiple (1956) y Clínica de Diagnóstico y Orientación en el Hogar para niños en edad preescolar (1962); dentro de esta Clínica, que se denominó después servicio Preescolar, pone en marcha el Programa de Estimulación Temprana para Niños de Alto Riesgo (1966). La condición temprana de este Programa le lleva a procurar el contacto con las madres embarazadas de riesgo y con los recién nacidos afectados. El contacto con las madres responde al gran aprecio de García Etchegoyhen por la interacción familiar para el desarrollo de los niños. En 1974, cuando participó en el curso citado, Eloisa García Etchegoyhen dirigía la unidad de retraso mental del Instituto Interamericano del Niño, dependiente de la Organización de Estados Americanos, con sede en Montevideo.¹⁵

A propósito de la “importación” de conocimiento sobre estimulación precoz que se realizó mediante la presencia de especialistas extranjeras en los cursos reseñados, cabe citar la aportación del Instituto Internacional para la Investigación y Asesoramiento sobre Deficiencia Mental (IAMER), que organizó en 1983 –con el apoyo del SEREM- unas Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz.

Aportaciones del SEREM y del INSERSO

El SEREM se abre a la estimulación precoz en la segunda mitad de los pasados años 70 a través de su Servicio de Minusválidos Psíquicos, del que era su Jefe a la sazón Fernando Perera, quien sería sucedido por José María Alonso Seco, en 1980. El SEREM inicia en 1976 una línea de subvenciones -“ayudas”, en su terminología- a las iniciativas privadas, cuando decide prestar su cooperación económica a la Policlínica Madurativa del Servicio de Neonatología –Dr. Villa Elízaga-, de la Maternidad Santa Cristina.

¹⁴ Sobre ella, Ileana Renfrew, *María Eloisa García Etchegoyhen de Lorenzo. Una biografía profesional*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1999.

¹⁵ En dicho cargo siguió promoviendo, entre otras funciones, la atención temprana, lo que está documentado en trabajos como estos: *Early Intervencion whit de multihandicapped child* e *Intervención temprana*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1974 y 1984 respectivamente.

Al menos una parte de los servicios creados por asociaciones de padres y otras entidades voluntarias solicitan y reciben, después, ayudas financieras del SEREM, mediante convenios también bilaterales. A partir de 1977, los Planes Asistenciales del SEREM incluyen ayudas institucionales e individuales. Esta pauta del SEREM sería seguida, a partir de 1978, por el Fondo Nacional de Asistencia Social en sus Planes de Inversiones. El Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos prevé ayudas individuales de estimulación precoz (art. 11).

En una segunda etapa, el SEREM –que, como ya dije, había sido integrado mediante el Real Decreto-Ley 36/1978 en el INSERSO, pasa a la provisión directa de estimulación precoz. Cabe citar como antecedente de una nueva política, que indico después, la apertura de un servicio de estimulación precoz en el SEREM de Santander, dirigido a la sazón por Alfonso Abellán, que articuló la colaboración técnica de María Victoria Troncoso.¹⁶ Por Resolución de la Dirección General del INSERSO, de 11 de enero de 1981, se acuerda crear nueve “Servicios de Estimulación Precoz en los Centros Base de Álava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife.” Por cierto, la Sociedad Española de Rehabilitación (hoy también de Medicina Física) planteó al Director del SEREM la exigencia de que los equipos de atención temprana fueran dirigidos por un médico rehabilitador. La Dirección del SEREM contestó que en todos los Centros Base –donde se ubicaban los citados equipos- había un médico rehabilitador

Actuaciones en la rama sanitaria

Ya dije que las primeras acciones de estimulación precoz se llevaron a cabo en hospitales mediante iniciativas singulares. Vimos también la presencia activa de servicios sanitarios en los cursos organizados por Doña Carmen Gayarre. Ahora corresponde añadir que esas iniciativas no produjeron efecto de arrastre en las administraciones sanitarias. Así, la primera subvención recibida por la Clínica madurativa de la Maternidad Santa Cristina se la concedió la Fundación de doña Carmen Gayarre -y las siguientes, el SEREM, como quedó indicado-. Incluso la más pujante a la sazón de las administraciones sanitarias, la de la Seguridad Social, aceptó que se prestara la nueva atención en el Servicio de Rehabilitación del hospital La Fe, de Valencia, dirigido por el Dr. Vicente García Aymerich, pero no la extendió en su red. La única acción de carácter general relativa a la rama sanitaria fue protagonizada por una entidad no específica la misma; a ella me refiero seguidamente.

Mediante el Real Decreto 1023/1976, de 11 de abril, se crea el Real Patronato de Educación Especial. La norma citada habilitaba al Real Patronato para constituir grupos de trabajo sobre materias distintas de la educación (art. 3). En reunión del Comité Ejecutivo del Real Patronato, de fecha 24 de noviembre de 1976, se encomendó al Profesor Federico Mayor Zaragoza la redacción de un Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Al efecto, el citado formó un amplio grupo de expertos y representantes institucionales, cuyo trabajo contó con el apoyo de la Fundación General Mediterránea, que mantenía a la sazón el Patronato para Ayuda a Subnormales. El Plan

¹⁶ María Victoria Troncoso e Iñigo Flórez, *Mi hija tiene síndrome de Down*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2006, p. 93.

fue concluido, aprobado y publicado en 1977-78.¹⁷ La institución promotora, es decir, el Real Patronato asumió el apoyo a las propuestas del Plan, también tras su reforma por el Real Decreto 2276/78, de 21 de septiembre, que le asigna como objeto material la Educación y Atención a Deficientes –el Real Decreto 2828/1978, de 1 de diciembre, modifica el anterior, pero no altera el campo material de la institución-.

En el proceso de elaboración del Plan se creó una ponencia para el tema de la perinatología –junto a otras dos que versaron sobre las materias pediátrico-nutricional y metabólico-genética-. Fue secretario del grupo perinatólogo el Dr. José Zamarriego (Director de la Maternidad Santa Cristina). En la fase de ejecución se crea el Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad, órgano asesor del Plan, cuya presidencia fue encomendada al Dr. Zamarriego. Como consecuencia de ello, la responsabilidad del área perinatólogica le fue encomendada al Dr. José Arizcun, responsable de la Sección de Neonatología del Hospital Clínico de San Carlos (Universidad Complutense de Madrid).

El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad abordó, en su línea perinatólogica, la cuestión del diagnóstico precoz y aun de los centros de estudio de la maduración. En el periodo 1978-1982, con Gobiernos de la UCD, el Plan se ejecutó mediante financiación del Ministerio de Sanidad con cargo a la tasa del juego -afectada a fines de asistencia social-. Se subvencionaron efectivamente las actividades de diagnóstico y de estudio de la maduración, así como las de estimulación precoz existentes a la sazón.

Merece ser mencionada la colaboración organizativa que, también en la fase de aplicación del Plan, prestó el Patronato para Ayuda a Subnormales de la Fundación Mediterránea.

El Plan se extinguió por el boicot pasivo que le hizo el Ministerio de Sanidad tras el acceso del PSOE, en 1983, al Gobierno. Parece que no se aceptaba el hecho de que instancias ajenas –especialmente, el Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad- participaran –aun cuando lo hacían de modo indicativo- en la programación de las acciones de apoyo a la prevención de la subnormalidad. Pero tampoco asumió después la función el Ministerio, que reorientó los créditos que se venían invirtiendo en la citada acción preventiva a la planificación familiar.

Iniciativas de la rama educativa

A comienzos de los años 70, el Ministerio de Educación contaba con un órgano especializado en la educación de alumnos con deficiencias: el Instituto de Pedagogía Terapéutica. En el gran Congreso Minusval 74 –organizado por el SEREM en el año indicado-, la Directora del citado Instituto (Isabel Díaz Arnal –antes lo fue Doña María Soriano-) presentó una ponencia sobre “Acción precoz educativa y reeducadora”. Pero, en realidad, no plantea lo que ahora se entiende por atención temprana, sino que trata del acceso a la educación formal de los niños “minusválidos y deficientes”.¹⁸

¹⁷ Real Patronato de Educación y de Atención a Deficientes, *Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad*, Fundación General Mediterránea y Dirección General de Servicios Sociales-SEREM, Madrid, 1978.

¹⁸ *Minusval 74*, Ministerio de Trabajo, Madrid, 1975, tomo II, pp. 77y ss.

Por Decreto 1151/75, de 23 de mayo, se crea el Instituto Nacional de Educación Especial. Era un instrumento al servicio del compromiso de la Ley General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa, antes citada, en educación especial. Tuvo el mismo sentido la creación, en 1976, del Real Patronato de Educación Especial, también mencionado antes. En cumplimiento de su misión, el Real Patronato encomendó al Instituto de Educación Especial la elaboración del Plan Nacional de Educación Especial, concluido en 1978. Estos son sus criterios respecto a la estimulación precoz:

“La integración a nivel preescolar, puede expresarse en los términos que siguen:

1.1 Tanto para la prevención como para el tratamiento educativo, es preciso que los servicios de estimulación empiecen lo más precozmente posible.

1.2 En edad preescolar, las necesidades educativas de los niños deficientes e inadaptados no requieren tanto centros donde escolarizarse, cuanto equipos profesionales que impulsen y vigilen su desarrollo, no debiendo el niño deficiente estar separado de sus compañeros de igual edad. La normalización e integración son, en este nivel, principios de muy escasas excepciones.”¹⁹

3. ACCIONES PRO MEJORA ORGANIZATIVA

Entre las personas y entidades comprometidas inicialmente en la atención temprana, algunas tomaron conciencia de las deficiencias y limitaciones organizacionales de la oferta que se estaba construyendo y decidieron actuar para superarlas o paliarlas.

3.1 Problemas organizacionales de la estimulación precoz inicial y circunstancias conexas²⁰

En los años finales del decenio de los 70 y primeros 80, la estimulación precoz se hallaba en una situación incipiente en cuanto a su capacidad de servicio. No podía ser de otro modo, en cuanto se trataba de una función nueva para la que no se pueden improvisar de modo súbito recursos humanos y materiales. En cuanto a los recursos humanos, resulta oportuno indicar que la estimulación precoz no fue asumida decididamente por ninguna profesión fuerte. La limitación de los recursos materiales se relaciona con el hecho de que ninguna institución pública decidió desarrollar de modo sistemático una red nacional de oferta; la estimable iniciativa reseñada del SEREM tuvo carácter tentativo y se fue ampliando paulatinamente.

Desde el punto de vista de la prestación, y como no podía ser de otra manera, sólo una pequeña minoría de los potenciales usuarios la recibía. Ocurría, además, que predominaban los accesos tardíos. Estos hechos se relacionaban, no sólo con el pequeño desarrollo de la oferta al que acabo de referirme, sino también con flaquezas de la demanda. En aquel entonces, sólo algún servicio de neonatología se ocupaba de

¹⁹ Real Patronato de Educación y de Atención a Deficientes, *Plan Nacional de Educación Especial*, Centro de Información sobre Deficiencias, Madrid, 1982, pp. 182 y 183.

²⁰ Traté este asunto en Demetrio Casado, “El ayer, el mañana y el hoy de la Estimulación Temprana”, en FECLAPS, *Encuentro nacional de profesionales de la estimulación temprana* (Avila, Marzo 1991), sin referencia editorial, pp. 27 y ss.

encaminar a los nacidos de riesgo hacia la estimulación precoz. Las asociaciones que conocían el nuevo recurso tenían capacidad para orientar y, alguna de ellas, actuar sobre casos declarados cuyos padres se vinculaban a las mismas, pero no alcanzaban las situaciones de riesgo o sin diagnóstico, que no pocas veces tardaba meses y años en manifestarse o producirse.

Finalmente, los equipos de estimulación precoz existentes seguían pautas técnicas diversas y no se disponía apenas de usos y procedimientos de intercambio y contraste científicos y técnicos.

3.2 Primera iniciativa nacional de conexión

Tras larga preparación, el SEREM –integrado ya en el INSERSO- celebra, en su Centro Base de la calle Maudes de Madrid y en diciembre de 1982, un simposio sobre Atención Precoz, con el propósito de propiciar el conocimiento y el contraste de los distintos enfoques técnicos. En función de ese objetivo, se programó la presentación de experiencias de orientación diversa, como las de estos agentes: Centro Base del SEREM de Maudes y SEREM de Toledo; Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz, de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, que dirigía la sazón el Dr. Villa Elízaga; Servicio de Rehabilitación de Cruz Roja, dirigido por el doctor González Más; Sociedad Española de Rehabilitación, representada por el Dr. Luis Pérez de Heredia; Centro El Pelouro, de Galicia, representado por su director, el doctor Juan Rodríguez Llauder.

Lamentablemente, el SEREM no dio continuidad a la iniciativa de conexión reseñada.

3.3 Acción del Real Patronato pro atención temprana

Según quedó dicho, el Real Patronato se acerca a la atención temprana mediante la sección perinatólogica del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Tiene relación con el asunto de la articulación de la estimulación precoz una iniciativa tomada, en vísperas de su extinción, por el Consejo Nacional de Prevención de la Subnormalidad, que consistió en el encargo de una guía de los centros de prevención existentes en España, incluidos los de estimulación precoz.²¹

Años más tarde, el Real Patronato retoma la iniciativa articuladora del SEREM, antes reseñada, mediante el Simposio Iberoamericano de Experiencias en Estimulación Temprana, celebrado del 15 al 17 de junio de 1987.²² Sus objetivos fueron: el contacto entre experiencias españolas para conocimiento mutuo y para posible coordinación y el contraste con experiencias de América ibérica.²³ Participaron representantes de iniciativas españolas del sector privado y del público, y de las ramas sanitaria,

²¹ El contenido de esa guía fue actualizado y publicado en Grupo Amat de Sociología, *Directorio de Centros de prevención de la deficiencia mental*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1987.

²² Ver publicación del mismo título, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1987.

²³ Ver María Eugenia Zabarte, “Introducción”, en *Simposio Iberoamericano de estimulación temprana*, *op. cit.*, pp. 8 a 10.

educativa y de los servicios sociales. La participación americana tuvo como ponente principal a Eloisa García Etchegoyhen.

A partir de ese evento, los objetivos del Real Patronato en su acción de fomento fueron:²⁴ la fundamentación científica y el desarrollo técnico de la estimulación precoz / atención temprana; la garantía pública de la prestación, con definición de los organismos responsables; delimitación de los papeles profesionales; y conexión autónoma o voluntaria de iniciativas.

3.4 Iniciativas de los profesionales²⁵

A partir de 1983 y hasta 1987, en el seno de la Asociación Española de Pediatría, se estudió la calidad asistencial en relación con la morbimortalidad perinatal y la subnormalidad (Grupo Mortalidad y Subnormalidad y Comisión de Estándares de la Sección de Neonatología). Pero hubo otras iniciativas fuera de dicho ámbito centradas específicamente en la estimulación precoz.

El GENMA

La línea de trabajo del Grupo Perinatólogico del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad –suprimido a partir de 1983, según lo indicado antes- fue continuada mediante una iniciativa promovida por el Dr. José Arizcun. La misma se institucionalizó en 1987 con la denominación Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA). Su objetivo era estudiar los problemas concernientes a la asistencia médica perinatal, medidos por los indicadores de mortalidad, morbilidad y secuelas.

En 1990, el GENMA organiza unas Jornadas sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias Neuro-Psicológicas y Sensoriales, que fueron patrocinadas por el Real Patronato. Se adoptó un enfoque interdisciplinar, que se mantuvo en las siguientes ediciones. Junto a José Arizcun, Felipe Retortillo, pedagogo del Ministerio de educación, jugó un importante papel. Las Jornadas llegaron a ser un importante proceso de ámbito nacional.

El GENMA mantiene sus objetivos y actividad y ha sido emulado en varias Comunidades Autónomas (grupos GEN).

Del CESAT al PADI

En el Simposio Iberoamericano citado antes, Felipe Retortillo –pedagogo del Ministerio de Educación- postula la consolidación de un incipiente grupo de trabajo sobre asuntos que incluían la estimulación precoz, con participación de representantes de sanidad y del INSERSO –y abierto a los de educación-.²⁶ El grupo se constituye definitivamente en un encuentro que tuvo lugar en octubre de 1987, adoptando como objetivo fundamental buscar vías de coordinación en la red de centros y servicios de

²⁴ Demetrio Casado, *op. cit.*, pp. 34 a 36.

²⁵ Además de las fuentes escritas que cito, me serví para este apartado de la información particular que me facilitaron las personas que menciono, especialmente José Arizcun.

²⁶ María Eugenia Zabarte, *op. cit.*, pp. 33 y 34.

detección e intervención temprana de la Comunidad de Madrid.²⁷ Se denominó Grupo de Trabajo de Coordinación de Centros y Servicios de Atención Temprana (CESAT) y se encargó su coordinación al citado Felipe Retortillo.

En 1994, varios profesionales de las Administraciones de sanidad –entre ellos, Arizcun-, de educación –entre ellos, Retortillo-, de servicios sociales y de asociaciones, en contacto con el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia –con participación de alguno de sus funcionarios-, formaron el Grupo de Trabajo Interinstitucional de Atención Temprana. El mismo celebró inicialmente sus reuniones en la sede del citado Instituto, para pasar en 1995 a la del Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía. De dicho Grupo derivó, en 1996, el de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI).

Elaboró documentos técnicos sobre: Marco Conceptual y Objetivos de la Atención Temprana, Módulos de Calidad, Sistemas de Información sobre Discapacidad y Riesgo Psicológico y Social. El primero de ellos fue tomado en consideración para la elaboración del “libro blanco” nacional del que hablaré después. Finalmente, el PADI accedió a un estatus de participación en la acción de la Comunidad de Madrid en calidad de Comisión estable del Consejo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, dependiente del Instituto del Menor y la Familia, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Con ese estatus administrativo, en 2002, el PADI pasó a denominarse Comisión de Discapacidad del Consejo de Infancia y Adolescencia. Aparte de su función específica, la Comisión mantiene relaciones de influencia y colaboración con otras entidades públicas y privadas, alguna de ámbito nacional.

El GENYSI

En 1991, José Arizcum y Felipe Retortillo promueven el Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención (GENYSI). Este grupo se ocupa de los nacidos de riesgo y afectos de deficiencias, como el GENMA, pero no desde un punto de vista epidemiológico, sino asistencial y con un enfoque interdisciplinar e interprofesional. Forman parte de este grupo profesionales de la neonatología y la atención temprana de los servicios sociales, de los educativos y de los sanitarios.

El GENYSI y el Real Patronato mantuvieron relaciones de colaboración desde la creación del primero. El GENYSI asume la continuación de las Jornadas sobre Poblaciones de Alto Riesgo, a partir de su cuarta edición y hasta la decimoquinta; con frecuencia anual. Gestiona una *web* especializada (paidos.rediris.es/genysi). Mantiene relaciones de influencia con varias instituciones públicas y privadas. El GENYSI ha colaborado con el Grupo de Atención Temprana, del que hablaré seguidamente.

El GAT y su Libro Blanco

Los profesionales de la atención temprana de Cataluña mantuvieron relaciones asociativas a partir de la primera mitad de los años 80 del pasado siglo. En el decenio

²⁷ Felipe Retortillo, “Presentación de la Guía”, en Grupo de Trabajo de Coordinación de Centros de Atención Temprana, con la colaboración del Grupo Amate de Sociología, *Guía de Centros de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid*, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1990, p. III.

siguiente, la Dra. Concha Bugié, presidenta de la Asociación Catalana de Atención Precoz (ACAP), concibe la idea de un documento de bases de la atención temprana. Fátima Pegenaute, que le sucedió en el cargo, asumió el proyecto y realizó gestiones orientadas a promover un consenso técnico entre los profesionales de la atención temprana, el cual debería abocar en un libro blanco. A partir de 1995 se celebran reuniones fruto de aquella iniciativa, en las cuales se fragua el que se denominó Grupo de Atención Temprana (GAT). Previas las oportunas gestiones, en noviembre de 1997, el núcleo inicial del GAT celebra sus reuniones de trabajo en la sede del Real Patronato, el cual pasó a prestar su apoyo institucional al proyecto desde el siguiente año. El Real Patronato propicia la relación de esta iniciativa con GENYSI.

En 2000, el GAT concluye la redacción del *Libro Blanco de la Atención Temprana*, que sería adoptado y publicado por el Real Patronato.²⁸ A partir de esa fecha, el GAT se sirve de la presentación del *Libro Blanco* -en general, con apoyo del Real Patronato, que ha realizado tres ediciones y cinco reimpresiones del mismo- para promover la extensión y la convergencia de la atención temprana en las diferentes Comunidades Autónomas.

En 2002, el GAT se constituye formalmente en Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, cuya presidencia desempeña M^a Gracia Millá, directora del Centro de Atención Temprana APADIS (Villena, Alicante).

4. LA INSTITUCIONALIZACIÓN JURÍDICA DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. NORMATIVA NACIONAL Y DE SERVICIOS SOCIALES

Tras reseñar la plural y esforzada brega que se viene realizando en el plano de la gestión, corresponde examinar ahora las normas jurídicas concernientes a la atención temprana mediante las que pudiera avanzar su institucionalización. Esta función no ha llegado a ser asumida en exclusiva por ninguna de las ramas de la política social pública, de modo que debo explorar por varios caminos.²⁹

4.1 La ambigüedad de la LISMI en lo relativo a estimulación precoz

Pese al reconocimiento científico y técnico de que gozaba la estimulación precoz en la fecha de promulgación de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración social de los minusválidos (LISMI), no la regula expresamente, aun cuando cabe decir que la abarca. Seleccione algunos textos relevantes, en los que subrayo ciertas menciones que juzgo significativas:

“Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación...” (art. 3.1)

²⁸ Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 2000.

²⁹ Sobre este asunto disponeos de estos dos informes: Jaime Ponte, “Legislación y atención temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios”, *Boletín del Real Patronato*, Nº 56, diciembre de 2003; y Felipe Retortillo Franco y Estrella Puerta Climent, “Marco normativo de las necesidades educativas especiales en las edades tempranas”, *Boletín del Real Patronato*, nº 56, diciembre de 2003.

“A efectos del reconocimiento del derecho a los servicios que tiendan a prevenir la aparición de la minusvalía, se asimilan a dicha situación los estados previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una minusvalía residual.” (art. 7.3)

“Uno. El Gobierno presentará a las Cortes Generales un Proyecto de Ley en el que se fijarán los principios y normas básicas de ordenación y coordinación de la materia de prevención de las minusvalías.

“Dos. Sin perjuicio de las facultades que pueden corresponder a las distintas administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, para formular sus propios planes de actuación en la materia, el Gobierno elaborará cuatrienalmente, en relación con tales planes, un Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías que presentará a las Cortes Generales para su conocimiento, y de cuyo desarrollo informará anualmente a las mismas.

“Tres. En dichos planes se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica, así como a la higiene y seguridad en el trabajo, a la seguridad en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental. Se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a las zonas rurales.” (art. 9)

La ambigüedad de estos mandatos en lo que concierne a atención temprana no ha sido despejada mediante normas de desarrollo expreso de la LISMI.

4.2 Normativa de sanidad

Por su naturaleza técnica, cabe seguir la pista de “los cuidados médicos y psicológicos” y de “la rehabilitación adecuada” que compromete la LISMI (art. 3.1) en la legislación de sanidad. Y parece indicado hacer lo mismo con los preceptos relativos a prevención (art. 9). Vaya por delante que no se presentó en las Cortes el Proyecto de Ley sobre planificación de la “prevención de las minusvalías”. Veamos, pues, como fue abordada la materia en las normas sanitarias de carácter general.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad asume los enfoques preventivo y rehabilitador (art. 6). En cuanto a las actuaciones sanitarias, incluye las rehabilitadoras (art. 18.2) y los “programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas” (art. 18.5). Tales preceptos son propicios a la atención temprana, pero la misma no fue incluida en la cartera de servicios regulada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, así que no es exigible por los ciudadanos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye en la Prestación de atención primaria actividades preventivas y rehabilitadoras (art. 12), pero no menciona expresamente la atención temprana. La misma puede ser introducida por cada Comunidad Autónoma, pero su establecimiento obligatorio y general en el Sistema Nacional de Salud necesitaría la aprobación de su Consejo Interterritorial (art. 20), lo que no se ha producido.

Resulta positivo para la atención temprana, en su primer estadio, la regulación de las unidades de cuidados neonatales acordada mediante el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Anexo II, Oferta asistencial, U.22 y U.23). De todos modos, la atención temprana no forma parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que fue actualizada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

4.3 La normativa de educación

Como ya quedó dicho, la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y de Financiamiento de la Reforma Educativa establece medidas que abren la educación pública a los escolares con deficiencias. También reseñé el Plan Nacional de Educación Especial, de 1978, que aborda expresamente la estimulación precoz, pero no formula propuestas relativas a su institucionalización ni a su organización.

La LISMI confirma la obligación del Estado relativa a la educación en lo que afecta a los alumnos con “minusvalías” (art. 3.1). Se prevén recursos específicos para la adecuación de la misma a las diferentes circunstancias y evolución de estos alumnos (arts. 23 a 31) y se establece que uno de los objetivos de la educación especial será “La superación de las deficiencias y de las consecuencias o secuelas derivadas de aquellas” (art. 26.1.a), pero no se incluye expresamente la atención temprana en la función educativa.

La LISMI previó la creación de equipos multiprofesionales aparentemente de carácter interdepartamental (arts. 10 y 11). El Ministerio de Educación dictó la Orden de 9 de septiembre de 1982 por la que se regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Educación Especial. En aquel momento, este proceder se consideró anómalo en ciertas instancias, pero es el caso que los tales equipos multiuso no llegaron a regularse... Entre las funciones que la citada Orden prevé figuran “La detección precoz de las deficiencias, anomalías y trastornos” y “La elaboración de programas de desarrollo individual...” (art. 3).

Unos meses después, se promulga el Real Decreto 2639/82, de 15 de octubre, de ordenación de la educación especial. No contempla esta norma expresamente la atención temprana, si bien prevé que “La atención educativa de las personas disminuidas comenzará tan precozmente como lo requiera cada caso...” (art. 7); pero ha de tenerse en cuenta que esa prontitud venía condicionada por el comienzo de la enseñanza primaria a los seis años y de la preescolar –no obligatoria ni gratuita-, a los dos.

La norma que acabo de citar, acordada por un Gobierno de la UCD, sería sustituida por el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, sobre la misma materia, estando el PSOE en el poder. Tampoco esta norma regula expresamente la atención temprana, pero abre la posibilidad –que me parece un tanto voluntarista- de la intervención educativa antes de la escolarización:

”La Educación Especial a que se refiere el artículo anterior se concretará, bien en la atención educativa temprana anterior a su escolarización, o bien en los apoyos y adaptaciones precisos para que los alumnos disminuidos o inadaptados puedan

llevar a cabo su proceso educativo en los Centros ordinarios del sistema escolar, en el régimen de mayor integración posible, o en los centros o unidades de Educación Especial.” (art. 2.1)

La Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la educación (LODE) no introduce modificaciones relevantes a lo establecido en lo que interesa a esta exposición.

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) incluye algunas disposiciones facilitadoras de la prestación de atención temprana por la rama educativa pública. La educación infantil cubre, en dos ciclos, desde los cero a los seis años de edad; se mantiene su carácter voluntario, pero la Ley garantiza la provisión pública de las plazas que se soliciten (art. 7). En la regulación de la educación especial, establece la Ley que “La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección.” (art. 37.2). El Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales encomienda esa detección y la evaluación de esas necesidades a los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (art. 12.1). Además, reproduce el precepto legal sobre la inmediatez de la intervención, con fines de corrección y prevención, respecto a los pasos previos indicados, “en un contexto de máxima integración.” (art. 12.2). De este modo se confirma la apertura de la educación pública a la atención temprana.

La Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (LOCE), aprobada bajo Gobierno del PP, mantuvo las posibilidades de la LOGSE para la atención temprana (arts. 10 y 44.1). Y cabe decir lo mismo de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de Educación (LOE) (arts. 12 y 71 y ss.), promovida por el Gobierno del PSOE sin dar tiempo a aplicar y valorar su precedente.

Las normas educativas de alcance nacional han sido aprovechadas por los gestores públicos para desarrollar estimables aportaciones a la atención temprana. Pero no podemos dejar de señalar ciertas características de la rama por las que no parece prudente centrar en ella la institucionalización satisfactoria de la atención temprana:

- La atención temprana conlleva exigencias técnicas que rebasan el perfil de la función educativa, incluso en su versión para la primera infancia.
- La rama educativa, por su régimen funcional secular, puede atender a los casos necesitados de tratamientos especiales a partir de su contacto con la escuela; pero no parece que ese régimen se pueda adaptar sin grandes riesgos de fracaso a la exigencia de buscar a los nacidos de riesgo en los servicios de neonatología y en los hogares sin esperar a que acudan a los centros escolares, lo cual es condición indispensable para que la atención temprana lo sea propiamente.
- La ideología y la práctica educativas han tomado la escuela y la integración escolar como valores absolutos; pero los tratamientos de la atención temprana, sobre todo en los primeros meses, deben poner por encima de la escuela la calidad de los mismos y su compatibilidad con las circunstancias familiares.

- En un orden que puede parecer menor en abstracto, pero que es de gran importancia práctica, las normas y los usos relativos a calendario y horario de los servicios y del personal de la educación no son nada propicios a las necesidades de la atención temprana en un buen número de casos.

4.4 Las leyes de acción social y/o servicios sociales

Como vimos, la rama pública de los servicios sociales intervino pronto en atención temprana mediante el SEREM. La competencia en dicha rama ha sido tomada en exclusiva por las Comunidades Autónomas, salvo la reserva que hace la Constitución al Estado central de la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, la cual afecta a sus propios servicios sociales (art. 149.1.17º).

Las Comunidades Autónomas vienen promulgando leyes por las que desarrollan su competencia en dicha rama –a la que algunas denominaron “acción social”-. Durante más de veinte años, tales normas legales, si bien abrían los servicios sociales a la atención temprana, no garantizaron su prestación.³⁰ La Comunidad catalana suplió esta deficiencia mediante el Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz, el cual garantiza el acceso a los mismos con carácter de derecho subjetivo (art. 2.19). La Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales hace lo mismo al incluir la atención temprana en el contenido mínimo de la cartera de los servicios sociales (art. 27.1.A.13º). Pasando ahora al orden material, procede decir que las administraciones competentes en servicios sociales de las Comunidades Autónomas han venido ampliando su aportación a la atención temprana, bien sea mediante subvenciones a entidades privadas, bien por contratación de servicios de las mismas.

El Estado central no ha ejercido su competencia antes indicada mediante legislación básica en servicios sociales de la Seguridad Social.

Marzo 2008

³⁰ Ver Demetrio Casado, *Reforma política de los servicios sociales*, Editorial CCS, Madrid, 2002, pp. 42 y 43.