

**Atenció Precoç a Catalunya:  
Una experiència assistencial amb passat i present**

**Cristina Cristobal Mechó**

Psicòloga-psicoterapeuta. Logopeda



## **Resum**

Aquest escrit vol expressar una visió de com la pràctica en l'Atenció Precoç a Catalunya s'ha anat modificant al mateix temps que s'ha avançat en el coneixement del què és la infància i quines són les necessitats per obtenir un desenvolupament suficientment bo, tenint present la singularitat de cada infant i cada família. Aquesta millora en l'atenció a la infància amb trastorns en el desenvolupament o amb risc de patir-ne, ha produït un augment en la demanda que afebleix la sostenibilitat del model actual.

L'Atenció Precoç com activitat en constant adaptació a les necessitats emergents de la població i a les noves realitats socioeconòmiques necessita re(pensar) en com optimitzar els recursos per mantenir la sostenibilitat de la Xarxa.

## **Paraules clau:**

Societat del benestar, atenció precoç universal i gratuïta, infant, família, discapacitat, trastorn, risc.

## **Introducció**

La *Societat del Benestar* ha permès a la ciutadania considerar la presència dels diferents serveis sanitaris, socials i educatius com un fet natural, entenent-los com serveis bàsics d'accés universal i gratuïts, i a l'Estat el deure d'oferir-los.

Si dirigim la nostra mirada cap els més petits, ens trobem amb canvis significatius en el que suposa l'assistència a la infància. S'ha realitzat un llarg camí per conèixer el desenvolupament global dels infants i el paper de les famílies en la criança. S'ha necessitat transformar creences i actituds que ens han acompanyat al llarg dels temps en el tracte dels subjectes que no es desenvolupen com s'esperava. Un procés que ha transcorregut des de la negació del dret a l'existència i el confinament, per arribar a la identificació de ser persones amb discapacitat, amb trastorn, i finalment acostant-se al que es denomina com risc en el desenvolupament. La idea de que existeixen un moments evolutius, situacions o aspectes constitucionals, pren rellevància perquè ens acosta a les situacions biològiques, psicològiques i/o socials que poden interferir en el desenvolupament dels infants.

A Catalunya l'atenció a la petita infància amb trastorns, o en situació de risc, s'ha consolidat gràcies a la implementació de l'Atenció Precoç que s'ofereix en els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç. El CDIAP ha esdevingut un servei essencial pels infants de zero a sis anys, on la *prevenció* és la base de les intervencions realitzades en el seu conjunt, ja sigui abans d'aparèixer la malaltia, quan es detecta, o un cop ja ha debutat.

En l'actualitat gaudim d'un Decret que regula l'activitat dels CDIAPs. La llei 18/2003 del 4 de juliol de suport a les famílies, en l'article 29 estableix la universalitat i la gratuïtat de l'atenció, i el Decret 261/2003 del 21 d'octubre de 2003 es constitueix com el document marc que regula l'Atenció Precoç en tot el territori català, sent un dret subjectiu de les persones quan reuneixen els requisits especificats en l'article 4 de l'esmentat Decret.

El que gaudim hores d'ara ha estat una conquesta amb un rerefons que ha relacionat el concepte d'atenció precoç, amb la pràctica i amb la economia, gràcies a la constant interrelació entre els professionals i l'Administració. Els professionals de l'atenció precoç han donat continuïtat a una experiència assistencial que ja té més de trenta anys, però la situació social i econòmica actual es troba sota la pluja de la inestabilitat. La tan anomenada Societat del Benestar pot trontollar en el moment en què els recursos econòmics esdevinguin febles, sense oblidar la complexitat d'encabir els interessos clínics amb els de rendibilitat econòmica. Ens cal tornar a mostrar la rendibilitat que té la inversió en la cura de la salut?

L'Atenció Precoç és per damunt de tot, un conjunt d'activitats dirigides a la millora de les persones en els aspectes biològics, psicològics i socials. Facilita

l'accés a la pròpia globalitat, està atenta al desenvolupament mental dels petits, i promou en els pares el poder desenvolupar les funcions paternes i maternes. És un procés de canvi amb uns beneficis en la "salut" observables a curt, mig i llarg termini. La OMS la va definir *com un estat global de les persones, no com la mera absència de malaltia*. És sens dubte una bona inversió de futur per a la societat.

## **De la discapacitat al risc: Una mirada a la història**

*...Quan dic que la discapacitat és una construcció social, vull dir que és quelcom que es construeix a diari en les relacions socials entre les persones, en les decisions que prenem, en les actituds que assumim, en la manera que pensem, construïm i estructuram l'entorn físic, cultural i ideològic en el qual ens desenvolupem.*

Eduardo D. Joly (2007)

Des dels inicis de la humanitat, la diferència entre les persones ha estat una característica fàcilment observable de la subjectivitat. L'observació i l'experiència de viure cada dia, permet inferir que tots els grups estan constituïts per individus que manifesten diferències genètiques, sensorials, mentals, emocionals i culturals. Aspectes tots ells, que de forma global i complementària constitueixen les diferents personalitats, i amb aquestes organitzaran la dinàmica relacional dels grups.

Una de les característiques que ens fa humans és l'interès que mostrem per saber nosaltres mateixos del nostre passat, del present o el de projectar-nos en el futur. Així l'antropologia, la història, la psicologia..., intenten descriure com poden haver estat els nostres orígens i com els humans ens hem organitzat dins els grups. Aquesta recerca és una tasca complexa i encara inconclusa.

L'individu és un ser únic que forma part d'una comunitat, gràcies a la qual obté un espai on podrà desenvolupar les diferents activitats de la vida. Una bona capacitat física unida a la capacitat de pensar, d'associar emocions i accions, constitueixen un punt cabdal per la pròpia supervivència i la del grup on pertany. Els grups generen expectatives en relació als subjectes que els constitueixen, esdevenen creences comunes que donen cos al que anomenem l'imaginari de la col·lectivitat. Aquest imaginari s'ha anat configurant al llarg del temps, com a resposta *al saber* que el grup ha introjectat al llarg de la seva pròpia història, donant cos a la seva cultura.

La comunitat coneix que una majoria del membres que la integren, neixen amb capacitat per moure's, per pensar, per ser responsables de si mateixos, per treballar, etc., qualitats totes observables, mesurables i valorades socialment.

El grup espera i comparteix la idea de que tot individu realitzi un primer aprenentatge dins la família, per continuar un temps d'instrucció a l'escola, realitzar

uns estudis secundaris, o d'oficis, i així poder més tard desenvolupar una activitat laboral que confirmi la seva "capacitat" per respondre als criteris socials esperats, com són el rendiment intel·lectual, la productivitat i la cura de si mateix. D'aquesta manera, la societat es reconstrueix en cada individu que s'incorpora a l'entrellat social: el grup rep i retorna. Però, què passa quan aquestes "capacitats" *preconcebudes, esperades*, no es manifesten en els subjectes i ens trobem davant la "no capacitat" anomenada "discapacitat"?

Quan es parla de capacitat o de discapacitat, es posen en grups diferents, aquells individus que poden realitzar activitats considerades normals, de tots aquells que no reuneixen les suposades condicions bàsiques, assimilant *capacitat* amb *normalitat*, i la *discapacitat* amb *carència*.

La discapacitat esdevé una ombra que determina tot el que li pot succeir al subjecte. Principalment ha estat considerada com un problema de salut pel tracte que la medicina ha prioritzat, es va acostar a ella entenent-la com la conseqüència d'una malaltia, com una entitat totalment diferenciada del que és quotidià, de la normalitat. Al llarg de la història, el tracte que han rebut les persones anomenades discapacitades ha estat sota la incomprensió de les seves capacitats.

És complex fer un recorregut històric i saber com els grups primitius van acollir, o van rebutjar, aquells membres amb diferències, les aportacions d'Eduardo D. Joly, ens ajuden a fer aquest recorregut, però sí sabem que aquells que l'han patit o pateixen, han ocupat un rol segons les diferents maneres com s'han organitzat i ens organitzem les diverses societats i cultures.

La Grècia antiga, anys 700-675 aC, mostrava una actitud estricta, no hi havia lloc per a les imperfeccions, les habilitats físiques i mentals eren força valuoses, així l'infanticidi esdevenia un fet obligatori, era una prescripció per a tots els infants malalts, dèbils o amb deficiències evidents. Un nounat a Esparta, no era propietat del pare, sinó de l'Estat, havia de ser presentat per a la seva inspecció només néixer. Si el petit era fort i saludable es manava al pare tenir cura del fill, però si es determinava que el petit havia nascut amb deformitats o malalt l'havia de dur a un lloc anomenat d'exposició i abandonar-lo. El nadó era inservible per a la vida i per a l'Estat. S'han recollit tractats sobre ginecologia que marquen la pauta dels deures dels pares davants els naixements. El titulat "Com reconèixer a un infant que no val la pena criar", és ben clar al respecte, diu: *el nadó ha de ser perfecte en totes les seves parts, extremitats i sentits i amb els conductes sense obstruccions, inclosos les oïdes, nas, gola, uretra i anus. Els seus moviments naturals no deuen ser ni lents ni dèbils, les seves extremitats les deuen poder flexionar i estirar, la mida i forma adequada deuen respondre a estímuls naturals.*

La societat romana va continuar aquesta visió infanticida; llençaven al riu Tíber els infants malats o dèbils. Els seus escrits i lleis ens han permès saber

que els infants amb acondroplàsia o amb sordesa van ser objecte de curiositat o ridícul.

La religió judaica interpretava les deficiències com una conseqüència d'un mal, com fets allunyats de Déu. El Levític capítol 21 cataloga les imperfeccions humanes com a excloents per a participar en rituals religiosos. L'Antic Testament parla de que si els humans són immorals seran castigats per Déu amb la ceguesa i infermetats incurables (Deuteronomi, cap. 28), però és important destacar que el Judaisme ofereix un canvi en el tracte dels mateixos, ja que no va permetre l'infanticidi.

L'arribada del Cristianisme facilita que es comenci a parlar de que *cal cuidar als malalts i als necessitats*, fet que va permetre que agafés terreny la noció de caritat, d'assistència a les persones, però es relega la seva cura a la benevolència de l'entorn. Així comença un moviment assistencial que culmina al segle IV amb el decret de Constantí el Gran que dicta que l'Estat ha de fer-se càrrec de la manutenció i educació dels infants pobres i cal prevenir la seva exposició, venda o assassinat.

La Edat Mitjana es caracteritza per una societat bàsicament rural, on la família treballa per la pròpia subsistència i és ella mateixa qui té cura dels membres diferents. Fora d'aquest entorn, l'Església Catòlica i Protestant associa a qui pateix una deficiència, un to de perillositat per l'entorn. Les dues religions, manifesten uns criteris associats al càstig i allunyament de Déu, creuen que els individus amb deficiències eren la prova de l'existència del dimoni i del seu poder sobre els humans, de tal forma que els infants eren viscuts com substituïts infantils del diable i el seu naixement era degut a que les mares estaven involucrades en activitats de bruixeria o de màgia, fins el punt d'arribar a considerar com endimoniats als malalts amb epilèpsia.

Ha d'arribar el segle XVI perquè Ponce de León esdevingui un educador de sords, precursor del mètode d'oralitat, i perquè San Vicenç de Paul creï els primers centres d'acollida de malalts mentals i posi en marxa els inicis de l'educació especial.

Ja més propers al nostre temps ens troben davant la revolució industrial. Per a la societat europea va representar un canvi radical de les relacions socioeconòmiques establertes fins el moment. D'una banda, la indústria necessitava mà d'obra forta per a desenvolupar una feina dura i repetitiva a les fàbriques, sense saber que ella mateixa afegiria noves situacions i persones dependents que no podrien realitzar les tasques laborals degut als accidentats que la indústria provocava. És en aquest context, i com a conseqüència d'aquesta activitat laboral, en què per **primera vegada s'anomenarà la discapacitat.**

Ja no solament es neix amb deficiències que provoquen discapacitat, sinó que l'activitat laboral també en genera. A finals del segle XIX la població amb discapacitat

va començar a esdevenir un problema social i educatiu. Començarà associar-se la salut amb la normalitat. Es juga amb les oposicions: malaltia-no salut, normalitat-salut, arribant a concloure el següent binomi: la malaltia, amb la no normalitat.

Al segle XIX també trobem intents d'atenció i de comprensió sobre infants i adults amb comportaments estranys, no explicables fins aleshores amb els paràmetres de coneixement existents, com per exemple varen ser Víctor, l'infant salvatge de l'Aveyron, a qui el metge Jean Itard va intentar socialitzar, o la història de Gaspar Hauser, adolescent trobat a Nuremberg que va ser acollit per Anselm Von Feuerbach. Totes dues històries van tenir un fort ressò en el segle XX gràcies a l'haver estat portades al cinema. La primera, a mans de François Truffaut, i la segona pel director Werner Herzog.

Quins altres canvis havia de viure la societat per anar situant-se davant el que suposa l'anomenada discapacitat i com s'havia de valorar aquesta? Quin paper va jugar la indústria i les dues guerres europees en l'augment i la cura de les persones amb deficiència, amb discapacitat?

La Primera i la Segona Guerra Mundial van provocar un gran nombre d'individus adults amb incapacitats per desenvolupar-se de forma autònoma, es va fer necessari donar una resposta a les necessitats que apareixien, la situació política necessitava seleccionar voluntaris per ingressar en els exèrcits, de tal forma que va créixer la necessitat per dissenyar instruments massius i ràpids per seleccionar candidats per omplir les necessitats bèl·liques. La detecció i l'atenció d'aquells que havien estat ferits, no aptes per seguir realitzant les tasques que feien, va portar a crear eines per valorar les conseqüències de les deficiències. L'interès estava primordialment centrat en els adults, els infants no havien assolit un estatus que els fes susceptibles d'atenció i millora de les dificultats que poguessin desenvolupar; la societat i el món anomenat científic estava en els inicis del què coneixem avui en dia com la Infància.

L'exèrcit dels EEUU va ser pioner en realitzar tot un ventall d'exploracions psicològiques als seus candidats com a soldats, que més tard s'aplicarien i tindrien una important utilitat en la societat civil. Un exemple d'aquests beneficis va ser l'inici de programes d'estimulació i proves psicotècniques dirigides als adults, que després van anar interessant a diversos professionals de la psicologia infantil. Poc a poc s'anaven construint les bases de la psicologia i de la rehabilitació dels infants.

Si bé la revolució industrial ens va oferir la noció de Discapacitat, podem dir que l'atenció a la població adulta ferida de les guerres va obrir una porta cap al coneixement del món infantil.

Els conceptes de minusvalidesa, de deficiència i discapacitat van guanyar significació fins a ser els conceptes clau de les classificacions internacionals de les conseqüències de les malalties.



L'àmbit sanitari, més que l'educatiu i social va marcar el barem per diagnosticar el que és o no és la discapacitat. La visió va afegir un altre concepte al ja conegut de malaltia: apareix el concepte de rehabilitació, i amb ell, els programes rehabilitadors per atendre aquells que es desenvolupen diferent. L'any 1980 es publica la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalidesa (CIDDM), preparada des dels anys 70, com un instrument per a la classificació de les conseqüències de les malalties i de les seves repercussions sobre la vida dels individus.

És al segle XX quan s'agrupen els coneixements entorn a la infància que dona com a resultat un canvi radical a la voluntat de comprendre i atendre les seves necessitats. Es volen reconduir conceptes que ens han acompanyat al llarg del temps associats a les dificultats en el desenvolupament. Idees que hem vist aparèixer en l'origen de les organitzacions socials a Occident, tals com el càstig, el ridícul, la caritat, o la imperfecció. No tenir espai en la societat al no ser útil, tenir necessitat de benevolència, o la por a la diferència són aspectes no tan allunyats de sentiments i actituds que la diferència ens provoca hores d'ara. Podem qüestionar-nos si encara suren en l'imaginari social?

Els infants han anat prenent presència i identitat en la societat a mida que s'ha pogut millorar la supervivència dels nadons, aprendre a tenir-ne cura ens ha ajudat a conèixer-los. La comprensió de la globalitat del desenvolupament, on la biologia es troba amb les emocions i amb l'entorn, representa el resultat de tot el procés de canvi que ha implicat fer el pas d'atendre discapacitats, *a entendre que un infant* no és una còpia de l'adult de mida reduïda, té necessitats individualitzades que es desenvolupen al costat d'uns adults amb els quals es vincula, i és en aquesta relació on s'escenifica el seu desenvolupament integral. *No hi ha malalties ni deficiències*, hi ha infants amb dificultats o infants amb malalties. L'atenció va dirigida al desenvolupament com un període de tot infant, sent evident que sense infància és impossible esdevenir adult.

Aquest breu passeig que hem fet des de la societat occidental, pel que fa referència a entendre *la diferència*, ha volgut mostrar el canvi que en els darrers anys ha estat més significatiu: des del concepte de malaltia s'ha obert un camí cap a una mirada preventiva, on s'inclou l'infant, la família i l'entorn com agents i receptors dels canvis. Es contempla el subjecte i a les famílies, com algú que pot prendre el mànec de la pròpia vida.

## **De l'infant a la família**

*La família com a sistema de vincles, en les seves diferents i canviants formes, és una estructura estructurant; és a dir, és el lloc on es proveeixen els diferents recursos que necessita el "cadell" humà pel seu accés allò que és psíquic, és a dir, a ser subjecte. Dintre d'ella el subjecte aprèn el procés que va ser cuidat a cuidar.*

José Leal (2006)

La proposta del Dr. José Leal, que ens ofereix a la cita que inicia aquest apartat entén que el grup familiar és *el model de relació que ens estructura, i el lloc en el qual ens proveïm de tot allò necessari per fer el camí de viure*, ens situa en un punt de comprensió del desenvolupament infantil que fa necessari que el treball terapèutic es porti a terme amb la presència dels adults que tenen cura dels petits. Però parlant d'infants i famílies és imprescindible esmentar les aportacions del Dr. Winnicott que ja l'any 1958 plantejava que un *infant mai no el trobem sol*, sempre trobem una parella: un fill i una mare, i un tercer, el pare, present o absent.

Els nadons es desenvolupen en relació. La seva presència activa, la posada en marxa en els seus progenitors de les funcions maternes i paternes, transforma la parella en una família. La nova relació triangular és una peça clau per endegar el motor del desenvolupament integral del nou ésser humà. Així mare, pare i infant ballen al so de la música de les emocions que la relació els activa. Aquest estar amb l'altre conté els processos mentals incipients dels infants. Esther Bick amb l'observació de nadons ens va donar una eina per apropar-nos a aquests processos mentals primaris, fent servir l'observació directa de les relacions entre mares, pares i bebès en la pròpia llar. Colwyn Trevarthen ens parla de la intersubjectivitat, de la capacitat de comunicació amb què els petits vénen al món, del diàleg interactiu on les respostes dels pares varien en funció de les característiques dels seus fills.

L'embaràs ha permès a la parella fantasiejar sobre com serà el seu nadó, a qui se semblarà, o sobre les possibles activitats que voldrà desenvolupar. Silenciósament s'han projectat en el futur, s'han representat aspectes de la futura autonomia, tot un munt d'experiències encara no vingudes. La comunicació entre la mare i el fetus inaugura aquesta intersubjectivitat que s'anirà construint al llarg del temps. Les noves tecnologies amb l'aplicació de les ecografies han modificat el moment de trobada entre mares, pares i fills. La imatge concreta el fill que era fantasia. Però un cop el bebè ha nascut, quan ja els pares el poden tenir als seus braços, acaronar-lo, mirar com dorm, com es mou, com somriu o com plora, es quan es produeix la primera trobada cos a cos. La trobada emocional entre el bebè imaginat, el fetus observat a les ecografies, i el cos de l'encara desconegut ser que ha canviat les seves rutines i prioritats. Comença l'aventura de conèixer-se.

La família passa a ser la institució responsable de resoldre les necessitats biològiques, psicològiques, afectives, econòmiques, socials de tots els membres del grup. Pels adults, la maternitat i la paternitat es dibuixen com una de les funcions amb més transcendència que es poden realitzar a la vida i com una de les responsabilitats més plenes d'incertesa. Ens desvetlla multitud d'expectatives i preguntes sense resposta immediata. Amplia les experiències vitals que ja tenim com a fills, filles, parelles, companys..., perquè el nou-nat canvia els rols, projectes, prioritats, la

seva arribada transforma la nostra manera de sentir i d'atendre. Suposa més enllà d'un canvi físic en la mare durant uns mesos, un canvi en el psiquisme de cada un dels membres de la parella. Implica una re(situació) vital de tots els components de la família perquè al ser una estructura viva, participa i dóna forma a l'aparell mental de cadascú dels seus membres.

Què succeeix quan tots aquests projectes queden esmerçats, o quan tot allò que s'havia somiejat no arriba a consolidar-se? Com es col·loquen emocionalment els pares quan el seu infant, no correspon al que havien imaginat?

Les mares i els pares senten un daltabaix emocional on el desig inicial de tenir fills que podrien organitzar les seves vides amb autonomia queda alterat. El dubte, la culpa, els retrets, l'angoixa i el no saber..., envaeixen la maternitat i la paternitat, apareixen la desesperança, les dissociacions i els aspectes depressius que bloquegen les capacitats per generar esperança i contenir el sofriment. El trastorn ocupa un lloc privilegiat i allò que era natural esdevé estrany.

El grup familiar i l'entorn estan en risc de parlar de diagnòstics, de malalties, de pronòstics... quedant presoners d'aquests conceptes amb el perill d'utilitzar un model en el qual el trinomi malaltia / tractament / guariment envaeixi el Tracte de las dificultats.

El diagnòstic no és una definició dins d'una classificació de les malalties, ni una etiqueta universal. Diagnosticar és comprendre a un grup familiar, allò que ha dut al grup a crear una dinàmica i una manera de relacionar-se internament. Fer-se càrrec d'aquesta nova situació modificarà el que s'espera i s'exigeix dels fills i filles.

La complexitat emocional d'aquets processos augmenta quan el naixement arriba abans d'hora, quan hi ha prematuritat. La paternitat i la maternitat està basada en l'experiència de no tornar a casa, serà MÉS TARD i en multitud..., amb programes de seguiment, amb la presència de nous professionals, etc.

Les famílies quan sol·liciten ser ateses en un CDIAP arriben amb una "motxilla emocional" carregada amb una experiència de dolor, que ha modificat la trobada amb el seu nadó, amb el seu fill. L'Atenció Precoç irromp en la vida en uns moments força particulars. Els acompanya en els complexos processos del cuidar i del cuidar-se. Ajuda a re(construir) el vincle entre pares i fills, donant suport a les capacitats i no al trastorn.

Quan els pares poden mirar cap a ells mateixos i observar quins son els seus punts febles i les seves fortaleses, apropant-se als propis conflictes, poden diferenciar les seves dificultats i necessitats de les dels seus fills. Aquest coneixement facilita un canvi en la interacció, els pares atorguen un espai físic i mental que els permet acollir la complexitat del món emocional dels seus fills. Es facilita, no

s'exigeix. S'ajuda a que cada persona obtingui el grau d'autonomia que les seves capacitats li permetin.

### **Amenaces i oportunitats de l'AP**

Per entendre les característiques de l'Atenció Precoç a Catalunya, hem anomenat anteriorment, que som el resultat d'un procés actiu i en constant renovació, que demana adequacions a les necessitats emergents de la població, i d'un diàleg constant amb l'Administració. Sabem que som hereus i hereves del treball realitzat des de la primera entitat que representava al sector la Coordinadora de Centres.

Als anys setanta la Coordinadora va donar forma a les inquietuds de l'incipient sector i va oferir unes primeres respostes a les necessitats d'una població infantil amb trastorn. Eren moments on es parlava d'estimulació, de deficiència, de disminució, de discapacitat, on l'atenció anava dirigida a aquells infants que tenien el reconeixement de disminució. El risc de patir un trastorn no estava recollit, però havia una voluntat i una creença ferma en la necessitat de fer-ho. Més tard, l'any 1990, la Coordinadora va donar lloc a l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP), i aquesta, l'any 1995, a la Unió de Centres (UCCAP). El camí recorregut des de l'anomenada estimulació fins arribar a les actuals polítiques públiques d'Atenció a la Infància ha quedat reflectit en la Normativa vigent.

La consolidació de l'Atenció Precoç a Catalunya és una realitat fàcilment observable donat l'alt grau d'implantació en el territori, amb un total de 88 CDIAPs com dispositius assistencials per a la primera infància. Aquest creixement del nombre de Centres, facilita l'arribada de noves demandes d'atenció, cosa que genera un important augment de les demandes. Si els recursos son limitats, podem fer front a un creixement sense limitacions...?

Quins han estat els factors que han facilitat aquest creixement de Serveis? Pensaríem en els següents:

Factors facilitadors

- El CDIAP com Servei Públic des de 1998.
- La Concertació per activitat en lloc de mòduls per infant, fet que permet consolidar una concepció ampla d'Atenció Precoç, parlem de trastorns del desenvolupament i d'un objecte d'atenció que inclou l'infant, la família i l'entorn.
- Major sensibilitat dels professionals i de les famílies.
- La simplificació dels tràmits d'accés al servei.
- Suport de les administracions, creixement de la dotació pressupostària.
- Suport legislatiu.

- Situació de saturació d'altres dispositius d'atenció a la infància.
- Bona Coordinació entre els dispositius amb el treball de les xarxes.

Però hi ha una alerta, cal tenir present que *créixer no és el mateix que desenvolupar-se*, i que *no sempre incrementar vol dir progressar*. Seria interessant pensar en un desenvolupament a favor de la sostenibilitat. Recordem que la demanda pot ser il·limitada, però els recursos són limitats. Podem dir que aquest creixement ens pot mostrar algunes *amenaces* per la Xarxa? Veiem algunes possibilitats:

#### Possibles amenaces

- En termes de qualitat assistencial, sí es qüestiona la nostra sostenibilitat, perquè és difícil mantenir augments d'un 20% anual.
- Una excessiva ampliació del concepte d'atenció precoç pot anar en detriment de l'especialització del recurs.
- La manca de coordinació administrativa, condueix a un funcionament de la xarxa poc integrat en els circuits assistencials transversals.
- L'excés de demanda obliga a prioritzar l'atenció directa, en perjudici dels factors anomenats indirectes que fonamenten la completa qualitat assistencial.

L'experiència assistencial acumulada afegida a l'augment de demanda, ens fa pensar en la necessitat d'incorporar altres formes d'utilització dels recursos dels CDIAPs. Per arribar al risc haurem de potenciar l'atenció, mal anomenada indirecte, com a eina per equilibrar l'oferta i la demanda. Aquesta manera d'atendre l'atenció de les necessitats dels usuaris afavoreix un creixement sostenible, adaptant recursos i necessitats. Deixo oberta la qüestió de si atendre les necessitats dels infants vol dir haver de treballar de forma presencial amb ells.

D'altra banda la nostra Xarxa gaudeix d'unes *oportunitats* que en altres indrets no existeixen, hem de valorar que tenim:

#### Possibles oportunitats

- Una sòlida i sostinguda demanda que es prova de l'eficiència i la implantació de la Xarxa.
- Consolidació com a serveis referents d'atenció a la primera infància en franja de 0 a 6 anys.
- Haver ajudat a desenvolupar un llenguatge comú entre els diferents dispositius per facilitar les mútues derivacions i la normalització de la xarxa d'atenció precoç en els protocols.

- Expansió planificada.
- Desenvolupament d'una estructura de xarxa, integrada i amb procediments i objectius homòlegs.
- Ser serveis autònoms i que realitzen el circuit d'atenció complet.
- Gaudir d'un decret que regula l'activitat.
- Mantenir una constant comunicació entre els serveis i els professionals, representats per la UCCAP i l'ACAP amb l'Administració, fet que permet avançar amb coherència i amb contingut.

### **Conclusió:**

Trobar un constant diàleg entre les amenaces i oportunitats és una mirada cap a l'adaptació de la nostra activitat professional a les diferents demandes emergents de les famílies, i als canvis que provenen de l'experiència acumulada al llarg dels més de quaranta anys en què l'Atenció Precoç està present a Catalunya.

El Decret vigent, que ens regula l'activitat, és el resultat d'una millora en la comprensió dels infants i famílies que atenem, s'han modificat actituds, i s'ha donat entitat a la infància que, si per una banda forma part d'una etapa de la vida dels éssers humans, no ens hi podem atansar si no l'entenem en relació a una família.

De la discapacitat al risc, de l'infant a la família, amenaces i oportunitats volen mostrar aspectes del procés realitzat, fins arribar a acceptar que la salut és un estat global de les persones, no la mera absència de la malaltia. Podem afirmar que l'Atenció Precoç amb la Xarxa de CDIAPs és un vehicle per ajudar a gaudir-ne.

El creixement de la Xarxa sense contenció aboca a una pseudo-adaptació a les demandes i pot afeblir l'adhesió al model assistencial que l'Atenció Precoç a Catalunya ha desenvolupat i que ha estat pioner en l'Estat Espanyol, i motor en altres CCAA per oferir una atenció transdisciplinar universal i gratuïta.

Mantenir un constant diàleg entre professionals, entitats i Administració pot garantir la persistència del nostre model assistencial, però la transmissió de l'experiència entre els professionals a través de la formació continuada o dels escrits, representen una oportunitat privilegiada i propera per aprendre de l'experiència.

---

---

**BICK, E.:**

“The experience of de skin en early object relations”:  
*International Journal of Psycho-Analylsis*, 49,1968,  
pàgs. 484-486.

---

---

**DECRET 261/2003 DE 21**

**D'OCTUBRE** del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya

---

---

**LEAL, J.:**

“Las referencias éticas en la prevención y los cuidados”:  
*Revista Catalana de Atención Precoz*, 25, 2006,  
pàgs. 13-2.

---

---

**JOLY, E. D.:**

*La Discapacidad: Una construcción social al servicio de la economía*: Clase dictada el 20 de octubre y 12 de noviembre de 2007 en el Posgrado de Actualización y Profundización en Discapacidad Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 2007.

---

---

**TREBARTHEN, C.:**

“Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health”:  
*Development and Psychopathology*, 6, 1994,  
pàgs. 597-633.

---

---

**WINNICOTT, D W.:**

*La familia en la formación del individuo*:  
Hormé, Buenos Aires, 1971.