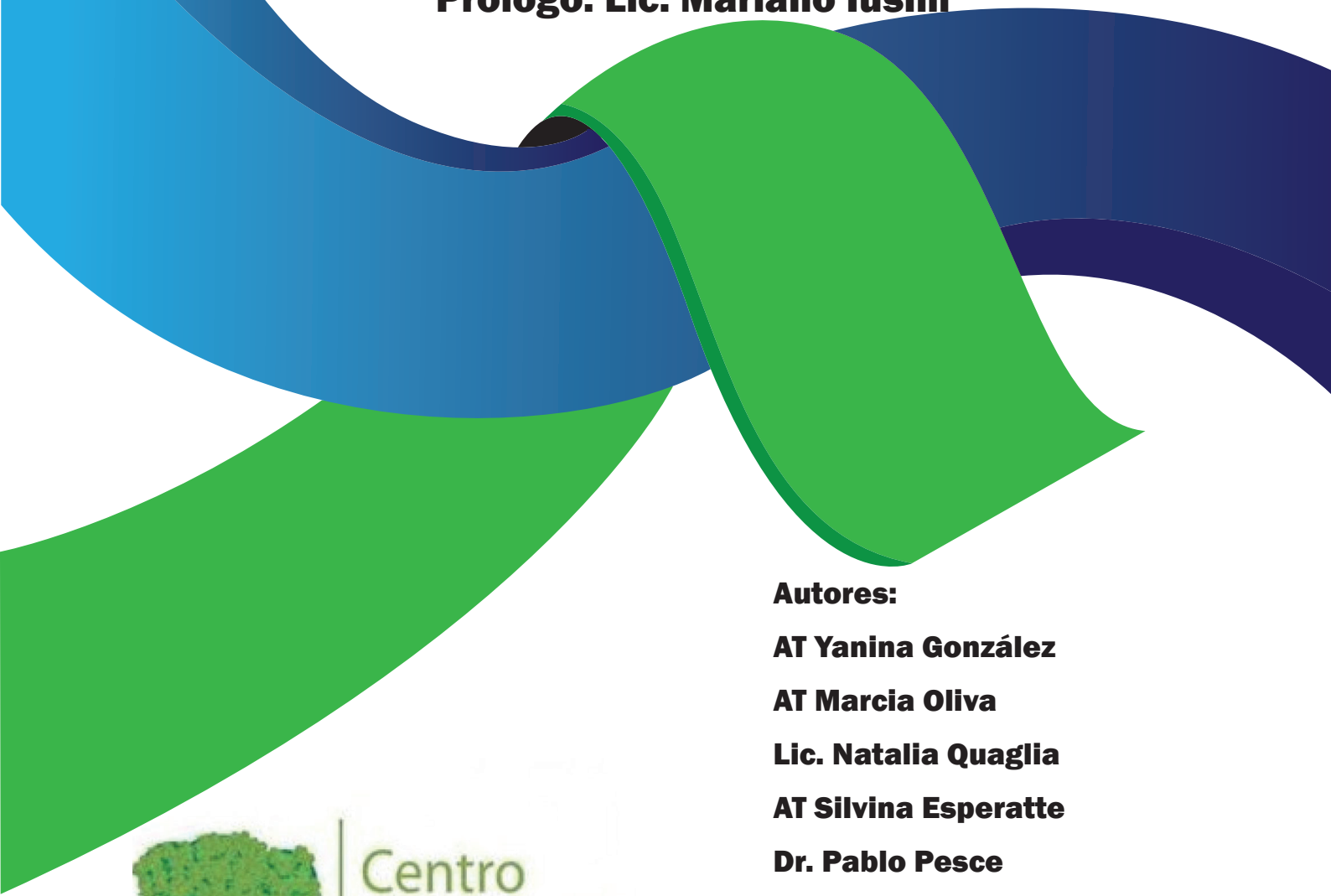
Cómo Buscar y Encontrar Trabajo de Acompañante Terapéutico

Compilación: Prof. Daniel González
Psicólogo Social y AT

Prologo: Lic. Mariano Iusim



Autores:

AT Yanina González

AT Marcia Oliva

Lic. Natalia Quaglia

AT Silvina Esperatte

Dr. Pablo Pesce

Dra. Silvia Biviloni

Asesora de Seguros Julia Farina

Prof. Daniel González

Centro PsicoSocial Argentino

Indice

PROLOGO 4

Capitulo I

GUIA DE PARA LA BUSQUEDA LABORAL PARA PROFESIONALES DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.

AMBITOS DE TRABAJO DEL A. T. 5

MODELOS DE TRABAJO 14

El PMO y el derecho al Acompañante Terapéutico 20

IOMA los requerimientos para la familia del Paciente y para el Acompañante Terapéutico 21

Modelo de Escrito. Promueve Acción de amparo 23

Capitulo II

INSERCIÓN LABORAL

Pasos a seguir en la Inserción Laboral 40

Plan de trabajo 42

Seguros y Modelos de informe 44

Capitulo III

INTEGRACIÓN ESCOLAR

El Acompañante Terapéutico y su Trabajo en la Integración Escolar. 47

Ingreso de Acompañamiento Terapéutico en Institución Educativa en la Provincia de Buenos Aires 52

Informe en el acompañamiento terapéutico 57

Definición conceptual y características específicas de la entrevista en el Acompañamiento Terapéutico 61

Aportes Prácticos para el trabajo del Acompañante Terapéutico dentro de los Jardines de Infantes. 74

Capitulo IV

CONSIDERACIONES CONTABLES

¿Cómo deben inscribirse en la AFIP? 75

Monotributo 78

Capitulo V

REFERENCIA LEGAL PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCPACIDAD 82

Capitulo VI

SEGUROS

Pasos a seguir para solicitar seguro de mala praxis profesional 102

Presupuesto de Seguro Médico Individual 103

P R O L O G O

Autor: Lic. Mariano Iusim
Psicólogo, Coordinador Académico y
Docente del Centro PsicoSocial Argentino

Antes de comenzar a prologar estos escritos y videos, quisiera agradecer al Centro Psicosocial Argentino, a su presidente Daniel González por confiar en mí, por aceptar todas mis ideas y compartir los proyectos institucionales. Además quiero agradecer a todos los alumnos que cursaron y están cursando en la institución los cuáles me han enseñado y me enseñan a ser mejor docente, profesional de la salud y persona.

Es esencial recordar que el acompañamiento terapéutico, fue creado en Argentina a fines de la década del sesenta y principios del setenta de la mano del psicoanálisis como un recurso terapéutico (dentro de un tratamiento). En su origen el AT trabajaba con pacientes psicóticos y adictos con el objetivo principal de externarlos.

Hoy en día el acompañamiento terapéutico se fue complejizando y se transformó en una profesión que amplió: las temáticas que aborda (otras patologías y situaciones graves), los objetivos, las áreas y los ámbitos de trabajo.

El AT siempre trabaja en un equipo terapéutico y es coordinado y supervisado por otro profesional (por ejemplo, de la psicología, de la psicopedagogía, etc.); a través de herramientas y técnicas terapéuticas trabaja al servicio de alcanzar los objetivos exclusivamente terapéuticos que previamente se determinan en el grupo de trabajo. Es un "observador privilegiado", pues trabaja en la vida cotidiana de los pacientes, en este sentido su aporte al equipo es fundamental.

Si estás comprometido con el acompañamiento terapéutico tenés que profesionalizarte. Desde el Centro Psicosocial queremos "acompañarlos" a ustedes en este proceso.

Estas planillas y escritos pretenden ser una guía para que te orientes en tu desempeño profesional. Incluimos cómo buscar y encontrar trabajo de AT, qué hacer cuando te recibís, presentaciones en prepagas y obras sociales, plan de trabajo (terapéutico), informe a los padres, informe al equipo terapéutico, cómo se trabaja en el ámbito escolar, los derechos de los pacientes que sean cubiertas todas sus prestaciones (por ejemplo, un AT), cómo presentarse en la AFIP, qué tipo de seguros debe tener un AT.

Seguramente en breve se van a ir generando más cambios que hacen al crecimiento de la profesión del AT. Desde el Centro psicosocial Argentino también queremos colaborar para te vayas preparando para este cambio.

Espero que les sea de gran utilidad este material.

Capitulo I

GUIA DE PARA LA BUSQUEDA LABORAL PARA PROFESIONALES DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO.

AMBITOS DE TRABAJO DEL A.T.

AUTOR: Prof. Daniel González- Psicólogo Social

PATOLOGÍAS EN LAS QUE SE INDICA UN A.T.

El Acompañamiento Terapéutico se instrumenta en una gran variedad de patologías: Trastornos psicóticos, Trastornos de Ansiedad, Drogodependencia, Trastorno de la conducta alimentaria, Trastornos de la Personalidad, Enfermedades Terminales, Discapacidad, Patologías de la vejez, entre otras.

AMBITOS DE TRABAJO DEL A.T.

No debemos dejar de tener en cuenta que acompañar terapéuticamente es prestar una escucha activa, asistir en el hacer, estableciendo un vínculo que posibilita la creación de una alianza de trabajo en diversos espacios. En situaciones de crisis, la presencia del A.T. se transforma en una presencia terapéutica que puede permanecer durante el tiempo que ésta se prolongue. En patologías crónicas el A.T: además de contención, promueve una mejor calidad de vida con los recursos disponibles para el paciente y su entorno socio-afectivo. Puede también, desarrollar su tarea en el ámbito del domicilio del acompañado, en su cotidianeidad, en el lugar de internación, hospital de día o instituciones a las que asista, siempre con estrategias determinadas por el equipo, vehiculizando un proceso de integración social y reinserción laboral, mediando vínculos entre el paciente y su familia, instituciones educativas y recreativas.

El accionar del acompañante terapéutico aportará respecto a lo acontecido durante el día, en situaciones críticas, en conflictivas vinculares del acompañado, en la supervisión y monitoreo de la medicación. Recopila información de gran utilidad para los integrantes del equipo, que no podrían obtener en los espacios de consultorio o a nivel institucional. El acompañamiento domiciliario cumple objetivos fundamentales al compartir vivencias

en el hogar, accediendo a una distinta visión de la problemática familiar, pudiendo ayudar en el mismo campo a esclarecer y resolver situaciones conflictivas de convivencia y redistribuir la patología depositada en el paciente. En la internación psiquiátrica, durante los permisos de salida o los primeros momentos del alta, en las internaciones domiciliarias o en los intentos de suicidio y cuadros depresivos graves, el A.T. será una pieza clave al estar al lado del paciente.

En pacientes con discapacidad mental la personalización del trabajo permite alcanzar logros significativos en la comunicación, el auto valimiento y la integración comunitaria a través de distintas actividades, donde se entrecruza lo terapéutico, lo pedagógico y lo comunitario, siempre en el camino dirigido a mejorar la calidad de vida., de los acompañados y sus familias, rescatando lo subjetivo de cada uno, donde los factores resilientes serán descubiertos o activados. Podemos hablar, también, del acompañamiento psicosocial que se relaciona con la apertura de espacios de expresión y reconocimiento del impacto emocional que determinadas situaciones ocasionan en las personas, En este tipo de acompañamiento se propicia la reconstrucción de los lazos sociales y familiares, se apunta al desarrollo de las potencialidades individuales y de las capacidades de los acompañados.

- EN LA URGENCIA: Episodios psicóticos, depresión, descompensación de pacientes bipolares, etapas agudas de pacientes psiquiátricos crónicos, en situaciones de crisis en cualquier patología.
-
- EN LA INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA: Durante los permisos de salida o en los primeros momentos del alta o en los primeros momentos de la internación.
-
- EN EL ÁMBITO MÉDICO: Pacientes pre y post-quirúrgicos; tratamientos que requieran sucesivas internaciones; terapias oncológicas, discapacidades que requieran rehabilitación; etc.
-
- EN CUADROS ADICTIVOS CON SITUACIONES DE IMPULSIVIDAD-COMPULSIÓN: Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia); Toxicomanía y otros tipos de adicciones.
-
- EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE: En la cotidianeidad del acompañado, en las actividades diarias, mediando en el vínculo entre la familia y el acompañado (está implícito lo ambulatorio).
-
- EN EL AMBITO EDUCATIVO: Integración.

1) ACOMPAÑAMIENTO AMBULATORIO:

- El acompañado puede estar o no dado de alta; puede estar próximo al alta.
- Son pacientes que pueden actuar en el mundo exterior.
- Se puede planificar actividades acordes a las potencialidades del acompañado.
- Tarea del A.T: ayudar al acompañado a planificar e instrumentar un organigrama de su tiempo (plan de actividades) que incluya aquellas actividades en las cuales el acompañado presenta menos autonomía para actuar.
- En este caso el A.T actúa como agente resocializador.
- Trabajar en los vínculos, y favorecer una mejor relación con su familia, con desconocidos.
- Los objetivos terapéuticos deben ser claros.
- El encuadre debe ser claro pero no perder la dirección de la tarea.
- Espectro de actividades muy amplio: acompañarlo a sus sesiones, acompañarlo en la planificación de sus actividades (cursos, cine, etc.). Siempre evaluar luego de una actividad.
- Información de mucha utilidad para el equipo tratante.

(Fantasías y miedos del A.T. Sugerencias: ante permiso de salida conversar primero con el psiquiatra y con enfermero/a-excelentes informantes. No olvidar medicación si la hora de la toma coincide con la de la salida. Responsabilidad del A.T).

2) ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO:

- Control toma de medicación.
- Actúa ante la descompensación como alternativa a la internación.
- Debe ser un abordaje individual del acompañado, el A.T no "debería" realizar intervenciones a otros miembros de la familia. Sí, hacer señalamientos o indicaciones que beneficien al proceso de recuperación del paciente.
- El encuadre deberá ser muy preciso, no se le puede fallar al acompañado (necesidad de reajuste).
- Si la situación lo requiere deberán desempeñarse dos o más A.T (no más de 4 horas cada uno).

(Acompañamiento complejo: El A.T se mueve en un terreno de interacciones vinculares. No siempre hay aceptación de todos los miembros de la familia. Pueden surgir actuaciones y actitudes (retraso en el pago, ausencia de miembros de la familia con quienes se debe trabajar, etc.) que apuntan a boicotear la labor del A.T)

(Necesidad del estado de alerta del A.T: a) Ante posibles proyecciones de los conflictos individuales y grupales de la familia sobre la persona del A.T; b) Ante implicaciones afectivas con algún miembro de la familia o identifica-

ciones con la situación emocional de alguno de ellos); c) Riesgo de hacerse cargo.

3) ACOMPAÑAMIENTO INSTITUCIONAL:

- El acompañado está internado.
- La tarea del A.T tiene un doble objetivo: a) Ayudar al acompañado a integrarse a la comunidad de la institución y a su dinámica de funcionamiento; b) Convertirse en nexo con el afuera para mantener y favorecer el vínculo con la familia y con el mundo exterior en general.
- Convivencia del A.T con los demás pacientes y con el personal de la Institución (experiencia propia: puerta de arriba, horarios, limpieza, ubicar al paciente, etc.)
- La planificación de trabajo del A.T no debe interferir con las actividades de la institución.
- Seguimiento del desempeño en cada actividad propuesta por la institución.
- Atención del A.T tendiente a bajar ansiedades y temores, tanto del acompañado como de sus familias.
- Presencia del A.T, casi indispensable, en el horario de visitas.
- Tener en cuenta si es primera intervención o no (experiencia personal).

Podríamos decir que lo detallado anteriormente estaría más relacionado a una "hospitalización" que una "institucionalización", aunque en salud mental el acompañamiento terapéutico en los psiquiátricos es muy frecuente. Pero en cuanto a la función del A.T en un centro de atención en discapacidad, ¿qué es lo que debería tener presente? El A.T debería manejar junto al acompañado las siguientes habilidades básicas:

- Control de sentimientos y emociones.
- Buen uso de las ayudas físicas y gestuales.
- Manejo de expresión facial, tono volumen de voz.
- Saber presentar los estímulos y saber manejar el material.
- Manejar correctamente la presentación de los refuerzos.
- Manejo y control de los programas de alistamiento.
- Realizar el registro del desarrollo de las actividades y de las conductas que se presenten.
- Tener paciencia y perseverancia.

El A.T institucional, al entregar a un niño o al acompañado a los padres o familiares deberá tener en cuenta los siguientes aspectos, entre otros:

- No debe exceder los 10 minutos.
- Debe ser clara, concreta y breve.
- Tener el claro que "Devolución" no es sinónimo de "Entrevista".
- Se debe focalizar sobre lo trabajo en la sesión.

- Primero siempre se resaltará lo positivo y luego los aspectos a mejorar.
- Cualquier inquietud o consulta de los padres será trasladada al equipo.
- Mientras se realiza la devolución el niño permanecerá sentado y en los casos que resulte factible podrá participar de ella.

4) ACOMPAÑAMIENTO EN INTEGRACIÓN ESCOLAR

El acompañamiento consiste en una estrategia terapéutica que se despliega en la cotidianeidad de un niño o una persona que necesita asistencia especializada, permitiendo la re-adaptación del mismo a su vida diaria, al grupo familiar y con la comunidad en general. La tarea se realiza siempre en equipo y los objetivos son planteados por el profesional tratante. La función del acompañante puede ser requerida en:
- Asistencia institucional: Internación clínica, hospital de día, Institución psicopedagógica, Institución de rehabilitación, Institución pedagógica de integración.
- Asistencia domiciliaria: Internación domiciliaria, Tratamiento ambulatorio.
Por lo general, quienes requieren y necesitan la asistencia de acompañamientos, hablando desde una institución académica pedagógica, son aquellos niños que presentan una disminución de sus posibilidades de auto valimiento, y que a su vez presentan, un significativo retraimiento social producido por una discapacidad o una enfermedad, y que NECESITAN de un PROYECTO DE INTEGRACIÓN.

Por tales razones, la formación de un A.T debe tener presente la importancia de articular los conocimientos teóricos del fenómeno psicológico con la práctica clínica en la institución escolar, es decir, la aplicación de conceptos psíquicos a la función social que implica la integración del niño a la comunidad académica.

Objetivos generales del A.T:

- Lograr adquirir la competencia necesaria para realizar las tareas básicas y fundamentales de la ocupación del A.T, aplicando las normas bioéticas y de seguridad pertinentes.
- Incorporar y desarrollar los conocimientos suficientes que le permitan integrarse en equipos interdisciplinarios de salud, para desempeñar funciones en la cotidianeidad del paciente, ya sea en las instituciones de asistencia donde el niño se encuentre como en el entorno diario del mismo, y supervisado adecuadamente por el profesional a cargo.
- Contar con la formación tanto teórica como práctica para poder asistir al terapeuta tanto en el control y la contención del paciente así como para actuar rápidamente frente a las crisis o necesidades del mismo.

- Posibilitar la capacidad de realizar acciones para auxiliar a los profesionales en la tarea de promoción, asistencia y rehabilitación, tanto individual como familiar, tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su inserción social.
- Podrá, al estar debidamente capacitado, interpretar consignas, elaborar informes detallados sobre su actividad y resolver problemas habituales que se presenten en el ejercicio de su función.
- Tendrá amplios conocimientos de diversas técnicas de aplicación terapéutica, y habrá desarrollado un sólido sentido de servicio e incorporado los valores éticos fundamentales para su ejercicio profesional.

EQUIPO TERAPÉUTICO:

Para hablar de equipo terapéutico es necesario a las menos dos personas que se ocupen del paciente. Hablar de equipo terapéutico implica: Pluralidad en la asistencia, distintos roles y funciones bien diferenciados, relación de interdependencia, hablar de unidad, relaciones asimétricas, siempre alguien dirige (coordinación general), de la pluralidad asistencial resulta una acción terapéutica, los diseños del equipo (su composición) variará de acuerdo a la patología del paciente en cuestión.

El A.T. forma parte de un equipo terapéutico, ocupando un lugar de preferencia basado en el vínculo especial y diferente que establece con el acompañado. Será de vital importancia que los miembros del grupo o equipo terapéutico trabajen juntos, manteniendo una comunicación constante y una línea de trabajo consistente para que el tratamiento resulte efectivo. El acompañante deberá cumplir lo indicado por el director del equipo teniendo en cuenta que un A.T. es un agente de cambio que estimula potencialidades en el paciente para desarrollar su proyecto de vida a pesar de la adversidad (activación de la resiliencia del paciente).

Es fundamental realizar en equipo la evaluación e intercambio de la información sobre el acompañamiento en cuestión, como así también acordar estrategias y herramientas que se implementarán en el acompañamiento. Resulta muy interesante en este tipo de acompañamientos, organizar con el acompañado el uso que se hará del tiempo, seleccionar las actividades, permitirle utilizar sus capacidades potenciales para generar motivaciones que logren un mejor manejo de su vida cotidiana. En el caso en que el acompañado se encuentre internado, será tarea del A.T., entre otras, integrarlo al medio y posibilitar el vínculo con el exterior. Cuando el caso lo requiera y así lo indique el equipo tratante, se podrán realizar guardias de varios acompañantes (por ej. intento de suicidio). Cuando se requiere la intervención de acompañamiento por más de 6 u 8 horas seguidas, es conveniente que se trabaje con más de un A.T., cuidando de esta manera, no sólo la eficacia del trabajo sino además la integridad del acompañante terapéutico.

ASPECTOS TÉCNICOS DEL ROL DEL A.T EN LA INSERCIÓN EN LOS EQUIPOS TERAPÉUTICOS:

- Cuaderno de información: Se puede decir que es algo similar a lo que sería la "historia clínica" del acompañado, en donde consta toda la actividad que se realiza con el paciente, el horario, los días, las dificultades y/o los adelantos logrados, etc. En este cuaderno o en cualquier otro tipo de registro debería constar:

a) Encuadre y Modificaciones del mismo.
b) Actividades.
c) Actitudes.
d) Características del vínculo.
e) Dificultades del paciente y del A.T
f) Observaciones
g) Registro interno (transferencia y contratransferencia; y la relación con el entorno del acompañado)
(Se sugiere breve informe escrito después de cada encuentro con el paciente)

Supervisión del caso con el A.T:

- Debe constar en el encuadre (frecuencia).
- Puede ser realizada por otro A.T de mayor experiencia que integre el equipo y conozca el caso.
- Es necesaria aunque nos sintamos seguros de la tarea (siempre hay distintas perspectivas ante una misma situación).

Las funciones fundamentales del A.T en Discapacidad:
Sostener y acompañar en:

- RECUPERAR: Volver a poseer algo perdido.
- REHABILITAR: Volver a su capacidad de…

A.T –Equipo Terapéutico

Como ya se dijo el acompañante terapéutico para desempeñar correcta y éticamente su función, deberá SIEMPRE estar inserto en un equipo de trabajo que podrá estar conformado, de acuerdo a si hablamos de salud mental o de discapacidad, de distintas maneras. Estará así mismo dirigido por profesionales de distintas disciplinas, psiquiatra, psicólogo, neurólogo, oncólogo etc.
El A.T. ocupa una posición asimétrica con respecto al profesional que dirige el equipo, pero esto no implica que deba asumir una posición pasiva. Deberá "construir" el espacio que le corresponde como un integrante más del equipo, teniendo en cuenta la relación privilegiada que sostiene con el acom-

pañado, sobre todo por la cantidad y la calidad del tiempo que comparte durante el desarrollo del acompañamiento (vínculo privilegiado, que ningún otro miembro del equipo tiene con el paciente).

PRIMERA ENTREVISTA DEL A.T. CON EL PROFESIONAL TRATANTE

En esta primera entrevista el A.T:

- Tendrá una conducta activa ya que necesita recabar información sobre el caso.
- Necesita configurar un cuadro de situación tanto sobre el futuro acompañado como sobre el equipo y la dirección del tratamiento.
- Buscará tener en claro los objetivos terapéuticos propuestos por el terapeuta para poder elaborar un plan de trabajo acorde a los mismos.
- De acuerdo a las indicaciones de quien dirige el tratamiento organizará entrevistas con los restantes integrantes del equipo involucrados en el caso (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista etc.).

INFORMACION BASICA QUE DEBE RELEVARSE EN LA PRIMERA ENTREVISTA

Entre toda la información que surge de una entrevista de estas características, no puede faltar la siguiente:

- Diagnóstico presuntivo.
- Objetivos generales del tratamiento.
- Objetivos terapéuticos del acompañamiento.
- Encuadre (tanto con el paciente como con el equipo).
- Características particulares del caso (nombre, edad, familia, con quien vive, intereses y gustos, experiencia anterior con acompañantes, de quien surge la demanda, expectativas del paciente y la familia con respecto al tratamiento y al acompañamiento etc.).
- Evolución de la patología.

SUPERVISION

La supervisión de la tarea del acompañante es uno de los aspectos indispensables de la función del A.T.

Puede ser realizada por un acompañante terapéutico de mayor experiencia que conozca el caso o por el terapeuta que dirige el tratamiento. En este espacio además de los aspectos técnicos se compartirán los miedos, dudas, aciertos del A.T. en su rol. Si hiciera falta, se reorientará la tarea mostrándole al acompañante que no debe centrarse en lo oculto o latente ni tampoco

sólo en lo expreso o visible: debe intentar COMPRENDER. También en la supervisión se podrá revisar el encuadre y se le dará fundamental importancia a los aspectos transferenciales y contra transferenciales que surgen del vínculo con el acompañado.

LA SUPERVISION: - Debe ser exigida por el acompañante.
- Debe constar en el encuadre.
- Puede ser realizada por otro A.T de mayor experiencia que integre el equipo y que conozca el caso.
- Es SIEMPRE necesaria aunque el A.T se sienta seguro de la tarea. Siempre benefician las distintas miradas o perspectivas sobre una situación.

CARACTERISTICAS DEL ACOMPAÑAMIENTO EN DISCAPACIDAD

El acompañamiento terapéutico que trabaje con discapacidad requiere una mayor entrega por eso se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Perseverancia: Los logros son lentos y requieren de tiempo y mucho esfuerzo.

- Paciencia: Para no desanimarse frente a la lentitud en la evolución, en el progreso para alcanzar los objetivos terapéuticos planteados por el equipo.

- Empatía: Comprensión de la situación o del estado del acompañado y su familia.

- Humor: Es necesario y vital. Ayuda a resistir y superar los contratiempos, relaja y facilita la resolución de conflictos.

- Creatividad: Ser creativo aleja el comportamiento automático y genera el descubrimiento de otras respuestas. Tengamos en cuenta que se entiende por crear: Es despertar la capacidad de producir algo nuevo. El A.T. debe potenciar la creatividad en sí mismo y en el otro.

Muchas veces los Acompañantes Terapéuticos debemos presentar un "proyecto de trabajo", a las obras sociales o a quien lo solicite. Un ejemplo del formato es el siguiente:

PROYECTO DE TRABAJO

Acompañante Terapéutico

Paciente:
Domicilio:
Fecha:

Objetivo:
Promover en la persona asistida una mejora e incremento en la calidad de vida y sensación de bienestar.

Plan de Actividades:

- Estimulación cognitiva
- Estimulación del lenguaje
- Actividades recreativas
- Programa de ejercicio físico

Plan de trabajo:
El tratamiento consistirá en acompañar y contener al paciente en la realización de las distintas actividades planificadas, potenciando su bienestar individual y, por ende, mejorando su calidad de vida.
Sesiones:
Se realizarán 4(cuatro) sesiones semanales de 3(tres) horas cada una. El contenido de las sesiones variará dependiendo de la planificación de las actividades de cada día.

PLAN DE TRABAJO

LES DEJO UN PLAN DE TRABAJO Y PRESUPUESTO PARA PRESENTAR EN O.S:
ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

PACIENTE:
DOMICILIO:

FECHA:
OBJETIVO:
Promover en la persona asistida un óptimo desarrollo biopsicosocial.

Plan de Actividades:
Adquirir un inmueble para alquilar en lo inmediato.
Compra de muebles según prioridades, según ítem primero.
Armar una red de contención en nuevo barrio, según ítem primero.
Promocionar el cuidado de la salud.
Promocionar una alimentación adecuada.
Organizar gastos según prioridades.

Plan de trabajo:
El tratamiento consistirá en acompañar y contener al paciente en la realización de las distintas actividades planificadas, potenciando su bienestar individual y, por ende, mejorando su calidad de vida.
Sesiones:
Se realizaran 2 (dos) sesiones semanales de 2(dos) Hs c/u, las cuales variaran según la planificación del día.
***las actividades las organizan con el equipo tratante/médico de cabecera/flia. Dependerá de la patología del paciente.

firma y sello.

MODELO DE PRESUPUESTO PARA LOS ACOMPÑANTES TERAPEUTICOS QUE TRABAJEN CON IOMA

Buenos Aires, MARZO DE 2018

PRESUPUESTO DE PRESTACIÓN DE APOYO
DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Obra Social: IOMA

NOMBRE AFILIADO: _____
DNI: _____
AFILIADO No: _____
DIAGNOSTICO: _____

De mi consideración:
Basándome en la derivación de la profesional actuante, Dr. /a o Lic. En Psicología.
: _____ M.N _____ M.N _____ Médica U.B.A Especialidad Psiquiatría

Infanto Juvenil; es que me permito elevar este presupuesto para la PRESTACIÓN DE APOYO con dispositivo de Acompañamiento Terapéutico personal, a favor de _____

(nombre del acompañado)……

El Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico Individual del niño _____nombre de acompañado) se instaura para lograr la inclusión del niño en el ámbito escolar.

INSTITUCIÓN _____ (en caso de haber institución, nombre de la misma), Se realizará el Acompañamiento de Lunes a Viernes en el Horario de -- a ------ hs.

Cinco veces por semana, --- horas diarias (con un total de ---- horas mensuales).

Valor hora de Prestación de Apoyo (terapéutica) según nomenclador RES. No1948/2014 del sistema de prestaciones básicas a favor de personas con discapacidad $ ----
Total $ ---------- (pesos)

PERIODO DE ACOMPAÑAMIENTO MARZO A DICIEMBRE DE 2016

EL PRESENTE PRESUPUESTO SERA ADECUADO AUTOMÁTICAMENTE SEGÚN, RESOLUCIONES Y DECRETOS QUE EMANEN DEL MINISTERIO DE SALUD Y/O ORGANISMO QUE REGULA EL SERVICIO DE SISTEMA DE SALUD, RETROACTIVO A LA FECHA DE VIGENCIA DE LOS MISMOS.
FORMA DE PAGO: Deposito por medio de transferencia CBU _____

Presupuesto según Nomenclador, Ministerio de Salud, Resoluciones No 1948/2014
"Prestaciones de Apoyo"
La prestación de Acompañante Terapéutico que instaura esta prescripta por la orden un Psiquiatra o Psicólogos, se solicita desde el Programa de SALUD MENTAL, cuya ley es obligatoria para obras sociales y prepagas.
LEY 26.480/LEY 24.901

Saluda atte.
Nombre y Apellido del
ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO

MODELO DE PRESUPUESTO 2018

PACIENTE:
DOMICILIO:
O.S:

VALORIZACIÓN DEL MODULO
• MODALIDAD AMBULATORIA/DOMOCILIARIA/ESCUELA/ETC.
Carga horaria de 4 Hs. semanales a partir del mes de.....
MONTO A CUBRIR
• 16 Hs mensuales a razón..... hs.

TOTAL MENSUAL:
•..... $ (ACLARAR EN LETRA).
Firma y Sello.

Modelo de Plan de Trabajo y Devolución en Patologías Graves Acompañamiento Terapéutico

*EJEMPLO de Plan de Trabajo

Paciente: Martina
Edad: 11 años
Diagnóstico: lisencefalia con epilepsia refractaria
AT: Lorena Martin
Lugar del acompañamiento: En su casa
Carga horaria: 20 horas semanales (dependiendo del mes)
Observaciones: El acompañamiento terapéutico se enmarca en un plan de trabajo susceptible a eventuales modificaciones teniendo en cuenta la respuesta de Martina.
Objetivo general
Estimulación psicomotriz, incorporando al espacio de acompañamiento y bajo la supervisión correspondiente, actividades específicas de terapia ocupacional y fisioterapia.
Objetivos específicos
- Establecer el vínculo teniendo en cuenta que cada persona requiere un trato específico que depende de sus características personales
- Proponer actividades de juego para ampliar en la niña sus capacidades de control y conciencia corporal a través de estilos de movimiento y expresión corporal.
- Propiciar situaciones de aprendizaje para el desarrollo de competencias que favorezcan su autonomía y la confianza en sí misma, a través de adecuaciones específicas a sus necesidades y evolución.

• Facilitar la comunicación de estados de ánimo, sentimientos, emociones y vivencias a través de las diversas formas de lenguaje:
-Voz
-Movimientos del cuerpo
-Expresiones faciales
-Gestos
-Señales y signos

• Ejercitar el habla a través de la imitación para propiciar la pronunciación de monosílabos.
Programa de intervención:

Estimulación de competencias cognitivas tales como la atención, la memoria y la comunicación
Recursos y materiales: los elementos de juego que sean de mayor interés para la niña, nombrándolos en voz alta y colocándolos en el orden en que se ejecuten las actividades

Estimulación auditiva
Recursos y materiales: Música, objetos que emiten sonidos, voz, palabra. Hacer sonar los objetos que sostiene, localizar sonidos por encima y debajo de su cabeza, producir sonidos con instrumentos, repetición de palabras.

Refuerzo del desarrollo físico
Recursos y materiales: Actividades de juego que amplíen en la niña sus capacidades de control y conciencia corporal (capacidad de identificar y utilizar distintas partes de su cuerpo y comprender sus funciones

Desarrollo del equilibrio, control de movimientos, fuerza, resistencia, flexibilidad e impulso.
Recursos y materiales: Pelotas, aros, inflables, colchonetas, etc.

Fomentar el lenguaje y la comunicación
Recursos y materiales: Que la niña comunique sus estados de ánimo, sentimientos, emociones y vivencias a través de diversas formas de lenguaje situándola en una posición que propicie el intercambio.
Ayudar la niña a sentarse derecha, manteniendo la cabeza alta, de manera que pueda concentrarse mirando, observando u oyendo. Captar su atención.
Recursos y materiales: Tarjetas, imágenes, juguetes, diapositivas, peluches, computadora, grabadora, etc.

Inscribir la noción matemática.
Recursos y materiales: utilizar los números en situaciones variadas que impliquen poner en juego los principios del conteo. Organizar grupos similares de objetos (clasificar elementos según sus características, propiedades y cualidades
Variar el número de objetos de diversos montones para dar ejemplos de las palabras muchos, pocos, todos, ninguno.
Colocar diferentes objetos en orden consecutivo, creciente o decreciente (situar un objeto en una posición fija dentro de una sucesión o serie con ilustraciones que la niña conozca) para dar ejemplos de los conceptos:

- Grande, mayor, máximo
- Pequeño, menor, mínimo
- Alto, más alto, el más alto de todos
- Bajo, más bajo, el más bajo de todos
- Ancho, más ancho, el más ancho de todos
- Estrecho, más estrecho, el más estrecho de rodos
- Grueso, más grueso, el más grueso de todos
- Delgado, más delgado, el más delgado de todos
- Largo, más largo, el más largo de todos
- Corto, más corto, el más corto de todos

Informe de devolución

Por el lapso de tres meses se acompañó a Martina, incorporando en el espacio de acompañamiento, actividades específicas de terapia ocupacional y fisioterapia, además de las actividades de estimulación cognitiva propuestas en el plan de trabajo presentado.
Martina respondió favorablemente al tratamiento, estableciendo un buen vínculo terapéutico, el cual sirvió de base para el desarrollo de las actividades y la comunicación de sus estados de ánimo.
El espacio terapéutico fue dividido en fracciones, a los fines de estructurar el tiempo para la niña: los primeros 45 minutos estaban destinados a actividades de terapia ocupacional, esto es, AVD (lavado de manos y cara, cepillado de dientes, utilización de desodorantes y colonias, cepillado de brazos y flexiones de piernas y brazos para la organización propioceptiva). En la siguiente fracción temporal se trabajó en la estimulación del control y conciencia corporal, utilizando pelotas, colchonetas, cama elástica, sillas, aros y andador. Luego, se estimuló el desarrollo de competencias cognitivas, tales como la memoria, la atención, la noción matemática y la comunicación, utilizando la caja de juguetes. Se variaba el clima emocional con música acorde al mismo. El contenido del discurso dirigido a la niña fue de tinte alentador y propio de un espacio de juego, a fin de trasmitir confianza y seguridad en sí misma, teniendo en cuenta su etapa evolutiva. Cerrábamos el encuentro con actividades de relajación.

Evolución:

- Se incorporó el andador al espacio de acompañamiento.
- Se inscribió en la niña el principio de noción numeral, a partir de sonidos rítmicos fraccionados temporalmente, utilizando instrumentos musicales.
- Se estimuló la bipedestación, facilitando el desplazamiento hacia el baño sin la silla de ruedas, realizando sentadillas, jugando de pie a la pelota, saltando junto con ella en la cama elástica, bailando (utilizando el andador), etc.
- Se estimuló la coordinación visión-prensión, haciendo uso de juguetes con luces y sonidos.
- Se facilitó el aprendizaje de la noción "todo-nada, lleno-vacía", utilizando la caja de juguetes que el niño vaciaba sin ayuda.

El PMO y el derecho al Acompañante Terapéutico

El Plan Médico Obligatorio, actualizado a octubre de 2016. Qué comprende el derecho a la salud en la Argentina, cuáles son los alcances y cómo ejercerlo o hacerlo valer. Qué pasa con el PMO o plan médico obligatorio. Qué dice la ley de obras sociales y de medicina prepaga.

El derecho a la salud en la Argentina

Está garantizado el derecho a la salud con independencia de la situación económica, esto dice la legislación argentina que es una de las más avanzadas del mundo en este tema. La carga tributaria es cercana a la de los países nórdicos. Entonces, ¿No deberíamos exigir ese nivel de servicios?

Si hay un derecho, hay un obligado, que puede ser una prepaga, una obra social o el sistema estatal. Las dos primeras entidades deben aceptar afiliados con algo preexistente (con una cuota extra que regula la Superintendencia de Servicios de Salud), y deben proveer las prestaciones necesarias que aconsejen los médicos.

El PMO o plan médico obligatorio es un piso

Es un mito que el plan médico obligatorio sea un techo sino que es un piso a partir del cual deben darse las prestaciones. Hay muchas leyes específicas, dispersas. Por ejemplo, la última en reglamentarse fue la de las prestaciones para pacientes atomizados.

Algo importante a considerar es que:

-No hay períodos de carencia ni para obras sociales ni prepagas

-Se debe respetar el profesional que mejor resguarda la salud

Igual, hace falta un debate público sobre el financiamiento… Sobre todo

para prestaciones que son costosas, como una enfermera y demás.

El Derecho al Acompañante Terapéutico
En este caso, se probó por el Cuerpo Médico Forense y por certificados médicos que el paciente necesita un Acompañante Terapéutico unas 8 horas por día pero la obra social se negó a costearlo por vía directa, y exigía que el afiliado lo pague y pida el reintegro. Pero los jueces le ordenaron a la obra social cubrirlo como medida cautelar, es decir, en forma provisoria mientras dure el juicio, y lo confirmaron el a sentencia de amparo.
En la decisión, los jueces confirmaron que tanto la obra social como al Servicio Nacional de Rehabilitación, un organismo estatal, deben costear los honorarios del enfermero que necesitaba para su salud.

IOMA los requerimientos para la familia del Paciente y para el Acompañante Terapéutico

Acompañamiento terapéutico y IOMA

¿Qué incluye esta prestación?

El Acompañamiento Terapéutico está indicado para la atención de afiliados con patologías congénitas o adquiridas, que por las características de sus diagnósticos quedan excluidos de la atención habitual brindada en instituciones especializadas, y requieren asistencia permanente y personalizada en éstas o en su domicilio.
Con la figura del AT se intenta alcanzar el objetivo de continuar un tratamiento sin aislar al paciente de su entorno socio- familiar, es decir evitando el recurso extremo de la internación o previniendo los efectos de las reinternaciones. Permite sostener la continuidad de tratamientos ambulatorios o domiciliarios. Destinado a niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, autismo y con multidiscapacidad, adultos y adultos mayores con diagnóstico de psicosis, patologías neurológicas y psiquiátricas. Quedan excluidas del módulo las prestaciones que correspondan a atención de enfermería. La cobertura en institución solo será cubierta para afiliados que padecen patologías del espectro autista con proyecto de educación integrada (Disposición 53/03 D.G.C y E).

¿Quién inicia el trámite?

Es un trámite por vía de Autorización según Resolución 101/07.
La solicitud debe ser iniciada por el titular, una persona autorizada y/o quien acredite vínculo familiar, en la delegación de IOMA más cercana a su domicilio según Resolución 1242/08 y Resolución 2088/08
Los valores cubiertos se encuentran estipulados en la Resolución de IOMA.

¿Qué documentación debe presentar?

- Documentación básica: Fotocopias de la credencial del afiliado titular y del familiar a cargo, 1° y 2° hoja de DNI de ambos y último recibo o comprobante de cobro de haberes, o último recibo de pago en caso de afiliados Voluntarios.
- Fotocopia de Certificado de Discapacidad (emitido por organismo oficial).
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a la prestación.
- Derivación médica: Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
-Informe detallado de la situación del afiliado realizado por el profesional que dirigirá y supervisará el tratamiento.
-Fotocopia de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática del afiliado (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizara el acompañamiento terapéutico.
-Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
-Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente, y objetivos a lograr con el afiliado.
-Presupuesto y carga horaria propuesto por el Acompañante Terapéutico.
-En caso de estar concurriendo a una institución, adjuntar copia de orden de autorización y acta de la misma prestando conformidad al trabajo del Acompañante Terapéutico.

¿Qué documentación debe presentar para la renovación?

- Documentación básica: Fotocopias de la credencial del afiliado titular y del familiar a cargo, 1° y 2° hoja de DNI de ambos y último recibo o comprobante de cobro de haberes, o último recibo de pago en caso de afiliados Voluntarios.
- Nota del familiar o responsable legal solicitando el ingreso a la prestación.
- Derivación médica: Prescripción médica con carácter de derivación redactada por médico de cabecera.
- Informe detallado de la situación del afiliado realizado por el profesional

que dirigirá y supervisará el tratamiento.
- Fotocopia de título habilitante y de certificados de cursos o especialidades afines a la problemática del afiliado (avalados por un Organismo Superior) del profesional que realizara el acompañamiento terapéutico.
- Curriculum Vitae del profesional que realizará el acompañamiento terapéutico.
- Plan de trabajo con acciones a desarrollar, estrategias terapéuticas del equipo interviniente, y objetivos a lograr con el afiliado.
- Presupuesto y carga horaria propuesto por el Acompañante Terapéutico.
-En caso de estar concurriendo a una institución, adjuntar copia de orden de autorización y acta de la misma prestando conformidad al trabajo del Acompañante Terapéutico.
- Informe de seguimiento completo realizado por el Acompañante Terapéutico.
- Fotocopia de última orden de autorización.

Modelo de Escrito. Promueve Acción de Amparo.

Modelo de escrito judicial mediante el cual se promueve acción de amparo ante la falta de atención médica obligatoria de asociado con certificado de discapacidad. Invoca Leyes 24.901, 26.480; Arts. 31, 42 y 99 CN. Convención de los Derechos del Niño, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Declaración Universal de los Derechos de Humanos. Inconstitucionalidad del art 15 de la ley 16.986. Intimación art. 388 CPCC. Plantea caso federal. Plantea medida cautela innovativa arts. 230 y 232 CPCC).
PROMUEVE ACCION DE AMPARO MENOR CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA.

Señor Juez:

. . ., DNI . . ., con domicilio real en . . ., por derecho propio, en mi carácter de representante legal de mí hijo . . ., DNI . ., constituyendo domicilio legal -junto al letrado que me patrocina, Dr. . ., (C.P.A.C.F. T° . . F° . .) en la calle . . ., en autos ". . . c/ . . s/ AMPARO", a V.S. me presento y respetuosamente digo:

1.- OBJETO
Que vengo por el presente a promover, en legal tiempo y forma, acción rápida y expedita de amparo (conf. art. 43 C.N.) contra la conducta de la Obra Social . . . ., con domicilio en la calle . . ., que con arbitrariedad e ilegalidad manifiestas lesiona derechos legal y constitucionalmente reconocidos a . . ., a fin de que se protejan y se le reconozca el derecho a la cobertura integral

(100%) de las siguientes prestaciones para el correcto tratamiento de su discapacidad certificada a saber:
- Acompañante terapéutico, 8 horas diarias de Lunes a Viernes, con los mismos profesionales actuales.
- Hidroterapia, tres sesiones semanales con los mismos profesionales actuales.
Lo solicitado sin limitaciones temporales (salvo cambios en las necesidades del menor discapacitado) y con la modalidad de pago dentro de un plazo prudencial de 10 días a partir de la presentación de las facturas correspondientes a cada mes.

2.- COMPETENCIA
La competencia de V.S. surge del art. 4 de la ley 16.986 (cfr. "Rull, Hector Raúl c/ Obra Social Aceros Paraná y Empresas Antecesoras s/Amparo", C.N.A.C., Sala de Superintendencia -Tribunal de Superintendencia- Interlocutorio del 29 de Julio de 1.997).

3.- HECHOS
El menor discapacitado tiene . . años de edad y posee CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. El mismo contiene el siguiente diagnóstico: ". . .".
. . nació a las . . semanas de gestación, por cesárea, ya que la presión gestacional de su madre había aumentado mucho y los médicos decidieron adelantar el parto.
A medida que fue creciendo comenzaron a aparecer los primeros indicios.
A los . . años de vida, un profesional observó a . . . y sugirió a sus padres la realización de varios estudios. A partir de allí, el diagnóstico no se hizo esperar, tampoco el comienzo de una rehabilitación intensiva.
En la actualidad, . . se encuentra bien y en pleno proceso de rehabilitación.
Conforme los informes de los médicos que lo atienden, . . . necesita contar con las siguientes prestaciones:
- Acompañante terapéutico, 8 horas diarias de Lunes a Viernes, con los mismos profesionales actuales.
- Hidroterapia, tres sesiones semanales con los mismos profesionales actuales.
Estas prestaciones son fundamentales para . . ., ya que promueven más adecuadamente su sociabilización y conexión con el mundo. Fundamentalmente porque es posible para . . . superar ciertos aspectos de su discapacidad y comunicación a partir de una ampliación de su conexión con el mundo. La necesidad de estas prestaciones, son imprescindibles en el normal desarrollo de la vida de . . , como supra se menciona han prescripto los médicos que lo asisten en sus patologías.
Las necesidades actuales de . . se centran en tres ámbitos; la asistencia de los terapeutas para su rehabilitación, las sesiones de hidroterapia y el acompañamiento terapéutico; estos son los pilares en su salud.
Es debido a lo mencionado ut supra que la Dra. . . . recomendó la necesidad

de contar con las prestaciones solicitadas y con los profesionales que actualmente tratan a . . . .
El abandono o interrupción de su rehabilitación y/o su acompañamiento terapéutico, conllevaría riesgos de severa descompensación y/o regresión, contrarios al positivo progreso en marcha.
Las prestaciones en cuestión son fundamentales para . . . debido a que le brindan las herramientas necesarias para su mejor inserción en nuestra sociedad.
Fundamentalmente porque es posible para Julián poder superarse.
Conforme CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD expedido con fecha . . , el menor . . . posee el siguiente diagnóstico: ". . .". Éste Certificado fue emitido por la Junta Evaluadora de Discapacidad, suscripta por tres profesionales especialistas.
Conforme Certificado Médicosuscripto por la Pediatra y Neuróloga . . ., el menor . . . presenta: "Paciente con diagnóstico de . . . .
Conforme Certificado Médico suscripto por la Dra. . . ., el menor . . . padece de . . ., con certificado de discapacidad que así lo acredita, e indica expresamente continuar con las sesiones de Hidroterapia (3 sesiones semanales) y con el acompañamiento terapéutico de lunes a viernes 8 (ocho) horas diarias, con los mismos profesionales que asisten al menor en la actualidad.
Asimismo y conforme Certificado Médico también suscripto por la Dra. . . ., la referida profesional deja constancia expresa de que "el requerimiento de acompañamiento terapéutico y otras prestaciones mencionadas con los mismosprofesionales que actualmente tratan a . . ., se debe al hecho que un cambio de profesionales puede generar un severo retroceso en el menor discapacitado, contrario al positivo progreso en marcha".
. . es afiliado de la Obra Social . . .
En reiteradas oportunidades la mamá de . . se presentó ante la Obra Social solicitando la cobertura integral de las prestaciones antes mencionadas.
Nunca obtuvo respuesta favorable alguna a sus pedidos respecto de las prestaciones más arriba indicadas -(esto es acompañamiento terapéutico e hidroterapia)-.
Es por ello que con fecha . . . el papá de . . , ya agotado, presentó una intimación fehaciente. . . contestó 14 (catorce) días después, manifestando falazmente que de acuerdo a lo que supuestamente la Gerencia Médica le había informado, "no había solicitud alguna de Hidroterapia ni de Acompañante terapéutico"... .
En respuesta a dicha maliciosa actitud, el papá de . . contestó inmediatamente, poniendo de manifiesto la actitud falaz y mendaz de . . . por cuanto en reiteradas oportunidades dichas prestaciones le fueron verbalmente negadas bajo la premisa de que "No fueron autorizadas"; o que ". . no se encuentra obligado a dar cumplimiento a dichas prestaciones"
UN MES DESPUÉS, (para ser exactos 35 días después) . . . contestó con fecha

. . ., reiterando que no había recibido -supuestamente- solicitud alguna por parte de la gerencia médica. Pero luego se expidió NEGANDO LOS TRATAMIENTOS. Hizo referencia insólitamente a la ley de Salud Mental refiriendo al compañamiento terapéutico solamente "como posibilidad de complemento de tratamiento en pacientes con patologías psiquiátricas" (LO QUE CONSTITUYE UN VERDADERO DESATINO FRENTE A UN MENOR DISCAPACITADO). Y como corolario concluyó respectode la prestación de Hidroterapia que ..."se reitera que a la fecha no se cuenta con documentación correspondiente a subsidio por discapacidad" (OTRO DISPARATE CUANDO EL MENOR RECIBE MÚLTIPLES TRATAMIENTOS DESDE ANTAÑO POR SUS PATOLOGÍAS Y CONDICIÓN DE DISCAPACITADO. V.S. podrá comprobar que la fecha de emisión del Certificado de Discapacidad es del mes de . . . y estamos en . . . Finalmente, en respuesta a ésta maliciosa y falaz negativa de . . ., el papá de . . . envió una última misiva, rechazando la mendáz información supuestamente brindada por la gerencia médica de . . . y poniendo de manifiesto lo previsto en las leyes 23.661 y 24.901. Al respecto, cabe destacar la última parte de dicha misiva: "La ley 24901, en su art. 15 prevé entre las prestación es básicas cuya cobertura total deben otorgar las Obras Sociales a las prestaciones de rehabilitación:
"Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales,
alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas,infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.
En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera".

Dentro de las prestaciones de rehabilitación se encuentran comprendidas todas las solicitadas. Las mismas representan para . . los recursos humanos, metodologías y técnicas necesarias para intentar mejorar su calidad de vida, y alcanzar el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr una mejor integración.

Atento lo ut-supra explicitado por ésta parte y la manera faláz y deleznable

con que Ud. pretende sustraerse de sus obligaciones legales frente a un menor discapacitado con diagnósitico de . . , hago efectivo el apercibimiento cursado y cierro el intercambio telegráfico definitivamente.
QUEDA UD. DEBIDAMENTE NOTIFICADO". La presente Carta documento de fecha 08/02/17, se encuentra acompañada en original.

Ahora bien, es oportuno mencionar algunas cuestiones en particular que esta parte cree que son importantes de resaltar:

1) respecto de la prestación de Acompañante terapéutico, la madre de . . . ha presentado en varias oportunidades cuales eran las necesidades del niño y las justificaciones correspondientes (Certificado de Discapacidad); y aún así continúan sin cubrirle la prestación. Lamentablemente las necesidades de . . no podían esperar y la madre del niño tuvo que contratar el acompañamiento terapéutico por sus propios medios, situación que en la actualidad no puede mantener. De hecho . . . sabe claramente quela familia está compuesta por un menor con discapacidad que requiere prestacionesdiferentes y más allá de los esfuerzos de la familia es imposible que la madre pueda repartirse y estar en dos lugares al mismo tiempo. Además, el padre es . . ., viaja extremadamente temprano desde su domicilio en . . para llegar a las . . de la mañana y quedarse en su trabajo hasta las . . . hs,para luego retornar nuevamente hacia . .), razón por la cual, además de las previsiones legales ut-supra explicitadas, es más que justificable la necesidad del acompañante terapéutico. Por último dificilmente un profesional prescriba prestaciones que no sean las necesarias para un niño con discapacidad.

2) Respecto de la prestación de hidroterapia, se desprende de la misma prescripción médica que si el profesional ha dispuesto tres sesiones semanales, ha de ser por su importancia; aquí también y pese alos constantes y persistentes requerimientos, . . . jamás cubrió dicha prestación.
Las prestaciones no son solicitadas caprichosamentepor la madre de . . ., sino que fueron prescriptas como necesarias por los médicos que lo atienden y quieren lo mejor para él.

La omisión de cobertura injustificada de las prestaciones solicitadas por parte de la Obra Social pone en peligro la salud de . . , quitándole de esta forma la posibilidad de tener una mejor calidad de vida y una rehabilitación acorde con sus necesidades.
Las prestaciones solicitadas son de suma importancia para . . , por los motivos enunciados.

La falta de cobertura arbitraria e ilegal por parte de la Obra Social, dificulta para . . la recepción de estas prestaciones.
Estas prestaciones son las herramientas en donde secentran actualmente todas las expectativas de vida de . . ; dejarlo sin ellas, sería semejante a dejarlo agonizar, ya que como se dijo anteriormente, son la única posibilidad a su alcance para paliar el severo trastorno que le implican sus patologías.
La falta de cobertura a . . , dificultará la continuidad de toda posible mejoría y por sobre todas las cosas dificultará su integración en la sociedad.
Debe regularizarse inmediatamente la situación legal de . . , ya que el tiempo sigue pasando y la Obra Social no le cubre regularmente sus requerimientos básicos.

El tiempo para un niño con discapacidad es tirano, un día que se pierde en su rehabilitación y/o educación no se recupera.

4.- INEXISTENCIA DE OTRO MEDIO JUDICIAL MÁS IDÓNEO
Para el amparo de los derechos del menor discapacitado no hay otra vía legal apta, debido al daño irreparableque ocasionaría para él, esperar la finalización de cualquier otro proceso judicial, por la urgencia con que requiere las prestaciones en cuestión.

Para . . interrumpir la rehabilitación o cambiarde profesionales(y/o
de Escuela) le ocasionaría un daño irreparable debido a que le implicaría retroceder en los avances que pudo haber logrado hasta ese momento.
La no recepción de las prestaciones solicitadas sería terrible, le ocasionaría un estancamiento y retroceso en los avances que con gran esfuerzo ha venido logrando.
. . . no puede ni debe interrumpir su rehabilitación ni la gran acción terapéutica que recibe.

Cabe destacar que en este tiempo . . ha tenido grandes progresos, y esto se basa en el apoyo que recibe de los profesionales que lo asisten en su rehabilitación. Es importante destacar que en éste tipo de patologías es sumamente importante el vínculo que se logra con los profesionales, ya que a partir de allí se comienza a trabajar en las áreas afectadas, dificilmente se puedan internalizar normas de conducta o de convivencia si no hay primero una relación fluida entre el profesional y el niño; por todo ello es muy importante no cortar estos vínculos, ya que sería muy costoso para el menor comenzar de nuevo.

En atención a todo ello, no se puede interrumpir ni su rehabilitación ni su asistencia con los profesionales en cuestión, como tampoco su educación.

La relación profesional-paciente existente es lo que le ha permitido a . . . sostenerse en el duro trabajo que le implican tanto su rehabilitación como su asistencia.

Por ello es fundamental que no se establezcan limitaciones temporales, en atención al estancamiento y retroceso que la interrupción delas prestaciones puede implicar en . . . .
No recibir estas prestaciones no sólo no le permite seguir avanzando en su desarrollo sino que incluso lo hará retroceder en los avances ya conseguidos. Si . . . no recibe de manera regular la cobertura integral de las prestaciones deberá interrumpir todo este proceso -con el grave daño irreparable que esto representa para él-.

En todos estos puntos radica la urgencia con que . . debe recibir las prestaciones solicitadas y continuar siendo atendido por los profesionales que lo hacen actualmente.

La interrupción de las prestaciones mencionadas configuraría un sobreagregado a su trastorno habitual, actuando negativamente en los importantes avances que con mucho esfuerzo ha conseguido.

Por ello, si . . . espera la conclusión de cualquier otra vía judicial perderá la posibilidad tan importante para él, de seguir mejorando su salud.
. . necesita estas prestaciones; son de suma importancia para él, y el deber de OSECAC es lograr que . . . cuente con las herramientas necesarias para que intente mejorar su calidad de vida y su salud.

. . . ya carga con una mochila muy pesada, y pese a ser un niño de corta edad y a su modo, sigue luchando, . . . no puede ni debe hacer oidos sordos a este pedido, ya que a . . . lo ampara el derecho.
Si .. . no cubre las prestaciones en cuestión, . . . estará condenado a no poder explotar sus capacidades al máximo, perderá esta importante posibilidad que se le presenta para intentar superarse e integrarse de lamejor forma posible en la sociedad.

Lo más triste de esta situación es que . . . puede superarse, si se lo permiten, conforme lo ha demostrado y según los informes de los distintos profesionales. Todo ello justifica la urgencia y necesidad de otorgarle a . . las prestaciones solicitadas en el presente, siendo el amparo la única vía apta para ello. Para . . . como dijimos, el tiempo es tirano: cada día que pasa sinrehabilitación agudece las deficiencias que le acarrean sus patologías.

Como podrá apreciar la vasta ilustración de V.S., todas las circunstancias re-

latadas hacen que la integridad física y mental de . . no pueda esperar la conclusión de 9cualquier otra vía judicial.
El tiempo sigue transcurriendo, y . . se encuentra sin cobertura integral de las prestaciones necesarias, lo que pone en riesgo la continuidad de las mismas; tan indispensables para él.

5.- LESION DE DERECHOS
a.- Lesión del derecho a la cobertura integral y total de las prestaciones necesarias para las personas con discapacidad (Ley 24.901).
Como se manifestó anteriormente, . . no está reconociendo la cobertura de las prestaciones a favor de . . ., pese a que se le ha sido solicitado que adecúe su conducta a derecho.
. . ., a través de la falta de cobertura, lesiona con arbitrariedad e ilegalidad manifiestas el derecho de . . . a la cobertura integral y total de sus prestaciones básicas y necesarias.
La ley 23661 crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud. En su art. 28 dispone que "los agentes del seguro de salud -las obras sociales-deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto laA.N.S.SAL. (hoy Superintendencia de Servicios de Salud conf. Dec. Decreto N. 1615/96) establecerá y actualizará periódicamente las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requieren la rehabilitación de las personas discapacitadas."
El art. 27 de la ley mencionada establece que las prestacionesde salud serán otorgadas por las obras sociales, quienes deberán asegurar a sus beneficiarios servicios accesibles, suficientes y oportunos.
(. . con su accionar, pone en riesgo que los servicios no sean suficientes y oportunos).
La ley 24901 establece el Sistema de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad. Instituye (art. 1) un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad "... con el objeto de brindarles una cobertura integrala sus necesidades y requerimientos."
El art. 2 de la misma establece que las obras sociales tendrán a su cargo, con carácter obligatorio la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en ella, que necesiten las personas con discapacidad.
El art. 6 establece lo siguiente: ..."Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados...".

La ley 24901, en su art. 15 prevé entre las prestaciones básicas cuya cobertura total deben otorgar las Obras Sociales a las prestaciones de rehabilitación: "Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo ultidisciplinario, tienen por objeto la

adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas,infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.
En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera".
Dentro de las prestaciones de rehabilitación se encuentran comprendidas todas las solicitadas. Las mismas representan para . . . . los recursos humanos, metodologías y técnicas necesarias para intentar mejorar su calidad de vida, y alcanzar el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr una mejor integración.
La ley 24901, en su art. 16 prevé entre las restaciones básicas cuya cobertura total deben otorgar las Obras Sociales a las Prestaciones terapéuticas educativas.
"Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de decuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo".

Específicamente, el art. 17 de la ley 24901 dispone entre las prestaciones cuya cobertura integral se debe brindar: "Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza- aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad.

Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros....".
El art. 21 de la Ley 24901 refiere respecto de la prestación de escolaridad: "Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello.
Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada".

En estos artículos cuadra claramente la prestación de Escolaridad Común. Específicamente, el art. 34 de la Ley 24901 cita lo siguiente en lo que refiere a la prestación de asistente domicilario:

"...Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicosy/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren...".
En este artículo cuadra claramente la prestación de asistente domicilario (acompañante terapéutico) para . . . .
La mentada Ley 24901, fue modificada en su art. 39, por la Ley 26480, que agregó el inciso d) a los ya existentes; el mismo cita lo siguiente:
"Asistencia domiciliaria: ...las personas con discapacidad recibirán los apoyos brindados por un asistente domiciliario a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización...".
Al no cubrirle . . . , las prestaciones solicitadas, imposibilita que . . pueda recibir las mismas, con el daño irreparable que ello le provoca a su salud.
Debe primar la salud y rehabilitación de . . ., por sobre la arbitrariariedad de . . . que no otorga la cobertura integral de manera regular, demostrando un total desinterés por la mejoría y los avances del niño.
En conclusión:
- La Ley 24.901establece la obligaciónde la obra social de realizar la cobertura total de las prestación es básicasnecesarias para las personas con discapacidad.
. . . no le otorga una cobertura integral a . . . respecto de las prestaciones solicitadas en el presente.

Cualquier inconveniente relativo a algún tipo de reintegro por parte del Estado 1Nacional a . . . debe ser dilucidado entre el Estado y . . , sin inmiscuir a . . . que por lo único que boga es por la posibilidad de tener una vida digna.
Ahora bien como se manifesto en varios párrafos de esta demanda, corresponde que . . . cubra de manera integral (100%) las prestaciones que . . . requiere por su discapacidad; si a ello le agregamos que . . . conoce cual es el estado de salud de . . . (se debe presentar todos los años un montón de documentación para que la Obra Social apruebe los tratamientos, entre otras cosas resumen de historia clínica, prescripciones médicas con todos los tratamientos anuales a realizar, informes de los distintos profesionales, etc.), debería hacer todo más fácil para la familia en vez de dificultar todo.
Concluímos que . . . , en forma manifiestamente arbitraria e ilegal, lesiona el derecho de . . . a obtener una cobertura total de las prestaciones básicas que por su discapacidad necesita.
. . . sin ningún tipo de fundamento legal desconoce a . . . . el derecho en

cuestión.
. . . desconoce manifiestamente la normativa aplicable.
Como podrá apreciar en la vasta ilustración, V.S., la conducta de . . . , lesiona con arbitrariedad e ilegalidad manifiestas,el derecho que a . . . le reconoce la normativa reseñada (Conf."Cohen Dorra, Brian c/ O.S.E.C.A.C. s/Amparo N° 6224/00 del Juzgado Nacional de 1° Instancia en lo Civil y Comercial Federal N° 5 Secretaría N° 9).
b.- Derecho a la salud física y mental.
La conducta de . . . lesiona, con arbitrariedad e ilegalidad manifiestas, el derecho a la salud e integridad física y psicológica de . . .
La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) sostiene que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades".
El derecho a la salud e integridad física y psíquica, poseen rango constitucional (art. 42 de la C.N. de 1994, tratados internacionales con jerarquía constitucional).

Los aludidos pactos internacionales contienen cláusulas específicas que resguardan la vida y la salud, según surge del art.VII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, del art. 25, inc. 2, de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de los arts. 4, inc. 1 y 19 de la Convención Americana sobre 13Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica-,del art. 24, inc. 1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del art. 10, inc. 3, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, vinculados con la asistencia y cuidados especiales que se les deben asegurar.

Este último tratado reconoce, asimismo, el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el deber de los estados partes de procurar su satisfacción (art. 12, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Actualmente el más alto nivel posible para Julián está dado por la recepción de las prestaciones solicitadas de manera regular.
Es decir, se encuentran en juego derechos fundamentales que en el plexo de los restantes derechos constitucionales tienen un grado de indudable preeminencia (Cfr. Ekmekdjian "Jerarquía Constitucional de los Derecho Civiles" L.L. 1985 A, 847).
En oportunidad de referirse a estos derechos, el Alto Tribunal ha expresado " ... que el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional (Fallos 302: 1284; 310: 112)" y que " ... el hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo -más allá de su naturaleza trascendente- su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los

restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos 316: 479, votos concurrentes)."
. . . tiene como objetivo la prestación de servicios de salud, como cualquier otra obra social. La principal obligación de las obras sociales es conseguir la salud del paciente o acercarlo cuanto más sea posible a ese estado ideal, y en ese propósito debe realizar aquellos pasos que conduzcan al más adecuado tratamiento agotando las medidas y los cuidados que importen disminuir -no incrementar- los riesgos, priorizando los derechos del beneficiario.
La conducta de . . . al no otorgarle la cobertura integral de las prestaciones fundamentales para … como lo son las solicitadas, lesiona, con arbitrariedad e ilegalidad manifiestas, el derecho a la salud física y mental constitucionalmente tutelado.
. . . tiene como obligación otorgar prestaciones de salud, debe velar por la salud de sus afiliados. La actividad que asumen las obras sociales es trascendental pues se dirige a la protección de garantías fundamentales como son la vida y la integridad de las personas.
La conducta de . . (enmarca a . . en una situación de total desprotección) no sólo lesiona el derecho a la salud en el sentido de imposibilitar avances importantes en su desarrollo físico y mental, sino que además acrecienta el retardo que implican sus patologías.
Por todo ello, la conducta de . . es manifiestamente arbitraria e ilegal.
El primero de los elementos se configura a través de la conducta caprichosa de . . . sin principios jurídicos, de no otorgarle a Julián los elementos fundamentales para el ejercicio del derecho constitucional en cuestión.
El segundo de los elementos se configura a través de la conducta de . . . que desconoce las normas constitucionales aplicables, al lesionarlas y no cumplir con la misión dada por la ley y por la función pública que propiamente, como obra social, posee: la tutela de la salud.

c) Lesión del derecho reconocido en el art. 23 inc.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño.
La Convención de los Derechos del Niño (que conforme al art. 75 inc. 22 de la C.N. posee jerarquía constitucional) en su art. 23 inc. 1reconoce "que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad".
. . . al no otorgarle a . . . una cobertura integral de las prestaciones solicitadas, obliga la interrupción de las mismas, lesionando los derechos en cuestión.
. . . debido a su discapacidad, como ya se mencionó anteriormente, debe recibir rehabilitación y asistencia para desarrollar sus áreas del aprendizaje, de la sociabilización y del desarrollo de sus potencialidades. De lo contrario, no podrá bastarse por sí mismo ni tener una participación activa en la comunidad ya que el eje fundamental de la integración social es la comunicación

entre los hombres. No poder contar con estas prestaciones implica para Julián que la comunicación con los otros, en un nivel de entendimiento mutuo, le será imposible.
El único remedio que tiene . . . para disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad es mediante su rehabilitación, su educación y su asistencia en forma sostenida y prolongada con los profesionales especializados a tal fin, que ya han demostrado éxito en ello.
De lo contrario . . . tendrá una vida totalmente dependiente de los demás: no podrá desenvolverse por sí mismo y su integración a la sociedad será deficiente.
En conclusión . . ., al omitir cubrirle a . . . las prestaciones en cuestión, y por ello, poniendo en riesgo no sólo su integración sino también su rehabilitación, impide que pueda llegar a tener una vida plena, decente y digna; a bastarse por sí mismo y facilitar su participación activa en la comunidad, violándose claramente los derechos que la Convención de los Derechos del Niño le reconoce a . . . .
d) Lesión del derecho reconocido en el art. 23 inc. 2 y 3 de la Convención de los Derechos del Niño.
La Convención en cuestión reconoce, además en su art. 23 inc. 2, el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales.
En su inc. 3 establece que la asistencia que se preste conforme
al inc. 2 será gratuita.
La obra social con su actuar le niega a . . . su derecho a recibir cuidados especiales. También la gratuidad de los mismos estáregulada, como mencioné anteriormente, por la ley 24901 al establecer la obligación de la cobertura total por parte de las obras sociales.
Por lo tanto, nuevamente la conducta de . . . que pone en riesgo la continuidad del acceso a las prestaciones solicitadas, lesiona un derecho amparado constitucionalmente: el derecho de . . . a recibir cuidados especiales, indispensables para su desarrollo tal como se viene expresando a lo largo del presente amparo.
6.- DERECHO
Fundo la presente acción de amparo en los arts. 1, 2, 6, 15, 16, 17, 21, 34 y 39 de la ley 24901 (de donde surge claramente la ilegalidad y arbitrariedad manifiesta de la conducta de . . .), en la ley 26480, en los arts. 23 y 24 de la Convención de los Derechos del Niño, art. 31, 42, 99 inc. 2 de la C.N., art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y art. 25 inc. 1 de la Declaración Universal de los Derechos de Humanos y demás normativa superior citada.
Del conjunto de todos los ordenamientos legales mencionados se desprende que la conducta de . . lesiona, con arbitrariedad e ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional, tratados y

la ley.
7.- INCONSTITUCIONALIDAD DEL ART. 15 DE LA LEY 16986.
Toda vez que el proceso de amparo en las presentes actuaciones se rige por las disposiciones de la ley 16986, en todo cuanto resulten compatibles con el art. 43 de la Constitución Nacional, planteo la inconstitucionalidad del art. 15 de la norma legal citada, sólo en lo referente a los efectos con que se concede el recurso de apelación.

Ello, teniendo en cuenta que en materia de medidas cautelares la concesión de dicho recurso en ambos efectos, tal como lo prevé la norma indicada, importa una lesión del derecho constitucional a la tutela efectiva (art. 18 C.N. y normas concordantes de los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional: art. XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, art. 8 de la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y art. 25.1 de la ConvenciónAmericana sobre Derechos Humanos).
En consecuencia, planteo la inscontitucionalidad del art. 15 de la ley 16986 con el alcance indicado, por oponerse a las normas de jerarquía constitucional citadas, en tanto obsta a la efectividad del amparo como recurso para la protección judicial de los derechos (v. asimismo los fundamentos concordantes de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala I, in re "Quinquel S.A." del 19/11/98, en ED. 16/08/2000, con nota de Néstor Pedro Sagüés).

8.- OFRECIMIENTO DE PRUEBA
Que en apoyo del derecho que me asiste vengo a ofrecer los siguientes medios de prueba sin perjuicio del derecho de ampliarla posteriormente:

a) Documental:
Ofrezco la siguiente prueba documental:
1) Copia Certificada del Certificado de Discapacidad.
2) Copia del Certificado (Diagnóstico médico)
3) Certificado médico original (Prescripción médica) de la Dra. . . en donde recomienda las prestaciones cuya cobertura integral se requieren.
5) Cartas documentos Nº . .
6) Copia Certificada del DNI del suscripto
7) Copia Certificada del Certificado de Nacimiento de . . .
8) Copia Certificada del Carnet de . . . de . . .
b) Informativa

Solicito se libre oficio al Correo Argentino, para el caso en que se negare la veracidad de las Cartas Documento acompañadas, para que el mismo se expida sobre las mismas, indicando si es copia de la que obra en sus registros y en su caso fecha de envío y recepción, con cargo de oportuna devolución.
c) Intimación art. 388 C.P.C.C.

Se intime a OSECAC para que acompañe al expediente toda la documentación que posean de . . . en las actuaciones a que dio lugar el pedido de cobertura en cuestión. Bajo apercibimiento de lo previsto en el art. 388 C.P.C.C.
d) Pericial

De ser necesario, solicito designación de un perito único especialista en neurología, a fin de que se expida sobre la necesidad y los beneficios de las prestaciones solicitadas para Julián, así como también el requisito de que las mismas sean dadas en forma prolongada y sostenida, y por el/los mismo/mismos profesionales que la/las viene/vienen brindando, acorde con su patología y el daño irreparable que implicaría 18para Julián el cambio de profesionales y/o la suspensión y/o cambio de Institución y/o no recepción de las mismas.

9.- RESERVA CASO FEDERAL
Por verse afectados derechos y garantías constitucionales, especialmente el derecho a la salud física y mental de . . ., reservo el Caso Federal para el supuesto en que V.S. hiciera un análisis sobre el tema en debate contrario a mi pretensión.

10.- AUTORIZACION
Que vengo a autorizar a compulsar el expediente a la Dra.. . . presentación y desglose de escritos y comprobantes, en especial contestaciones de demanda, peritajes, mandamientos, oficios y/o exhortos, testimonios, como asimismo al diligenciamiento de cédulas ley 22.172, y demás documentos que fueran menester.

11.- MEDIDA CAUTELAR INNOVATIVA (art. 230 y 232 C.P.C.C.N.).
Conforme se ha señalado reiteradamente, son presupuestos de admisibilidad de las medidas cautelares la demostración de un grado más o menos variables de verosimilitud del derecho invocado, o "el humo del bueno derecho"del Derecho Romano (fumus bonis iuris), y del peligro en la demora (periculum in mora) que puede aparejar el lento tránsito de la causa hacia la sentencia definitiva, pues mientras se produce la prueba terminante de aquel, podrían desaparecer las cosas que interesan a la litis o producirse un daño irreversible a las personas comprometidas en la misma (Kielmanovich Jorge "Medidas cautelares" Edit. Rubinzal Culzoni, Bs. As., 2000, pág. 50).
La primera refiere a la apariencia de certeza o credibilidad, o sea, a la posibilidad razonable de que ese derecho exista (Cfr. CN Civ. Sala B, 18/3/91, LL, t. 1992-C, J. Agrup. Caso 7825). En otras palabras, el fundamento de la pretensión cautelar no depende de un conocimiento exhaustivo y profundo de la materia controvertida en el proceso principal, sino de un análisis de mera probabilidad acerca de la existencia de un derecho discutido (Cfr. CSJN "Estado Nacional Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos c/ Provin-

cia de Río Negro", del 24/07/91).
El segundo debe entenderse como la posible frustración de los derechos del pretendiente, que pueda darse como consecuencia del dictado de pronunciamientos inoficiosos o de imposible cumplimiento (CN Civ., Sala G, LL t. 1986-E, pág. 70). Se ha señalado que el peligro en la demora debe juzgarse "conforme el juicio objetivo de una persona razonable" (Conf. Rosenberg, "Tratado de Derecho Procesal Civil" t. III, pág. 284, citado por Martínez Botos "Medidas cautelares" Edit. Universidad, Bs. As. 1996, pág. 45), o derivar de hechos que puedan incluso ser apreciados por terceros (Cfr. Podetti Guerrero Leconte "Tratado de las medidas cautelares", pág. 81, citado por el 20autor antes mencionado).

Que en atención a la verosimilitud del derecho de . . ., conforme los puntos detallados en la presente, fundamentalmente lo dispuesto por la ley 24901, art. 1, 2, y demás normativa superior citada. Que la falta de cobertura integral por parte de . . . , hace que . . . corra un serio riesgo, de tener que suspender su rehabilitación, terapias, acompañamiento terapéutico, asistencia. Ello configura un gran peligro en la demora. Que la interrupción de su rehabilitación, terapias, acompañamiento terapéutico, asistencia. -debido a la falta de cobertura por parte de . . . - implicaría un daño irreparable para él, debido a la necesidad fundamental de las mismas para el desarrollo de sus ámbitos del aprendizaje, la socialización y el desarrollo de sus potencialidades limitados por las patologías que presenta. Tomando en cuenta asimismo, que la no recepción de las prestaciones solicitadas implica para . . . que el gran esfuerzo que ha realizado durante estos cortos años habrá sido en vano, ya que para los niños con discapacidad los tratamientos deben prolongarse en el tiempo sino se pierden y se olvidan. Tomando en cuenta principalmente los grandes avances que ha tenido. Todo ello configura asimismo un evidente peligro en la demora y no existe otra medida precautoria para proteger sus derechos. Si . . no recibe ya las prestaciones solicitadas, el retroceso e involución será inminente. No existe otra medida cautelar apta para proteger los derechos fundamentales de Julián.

Por todo ello, se solicita a V.S. que provisionalmente decrete que . . . . :
a) Reconozca a . . . la cobertura integral (100%) de las siguientes prestaciones para el correcto tratamiento de su discapacidad a saber:
- Acompañante terapéutico, 8 horas diarias de Lunes a Viernes, con los profesionales actuales.

- Hidroterapia, tres sesiones semanales con los profesionales actuales.
Lo solicitado sin limitaciones temporales (salvo cambios en las necesidades de . .) y con la modalidad de pago dentro de un plazo prudencial de 10 días a partir de la presentación de las facturas correspondientes a cada mes;

b) En atención a las circunstancias del caso se le conceda una contracautela juratoria.
c) Se reserve asimismo el expediente durante la resolución del pedido de la medida cautelar innovativa, en atención a que ella es inaudita parte.

12.- PETITORIO:
En mérito de lo expuesto a V.S. solicito:
a) Se nos tenga por presentados, por parte y por constituido el domicilio.

b) Se tenga presente la prueba ofrecida.

c) Se tenga presente la reserva del caso federal.

d) Provisionalmente decrete que . . . reconozca a . . ., la cobertura integral (100%) de las siguientes prestaciones para el correcto tratamiento de su discapacidad a saber:

- Acompañante terapéutico, 8 horas diarias de Lunes a Viernes, con los profesionales actuales (conforme prescripción médic
a expresa)
- Hidroterapia, tres sesiones semanales con los profesionales actuales (ídem)
Lo solicitado sin limitaciones temporales (salvo cambios en las necesidades de . .) y con la modalidad de pago dentro de un plazo prudencial de 10 días a partir de la presentación de las facturas correspondientes a cada mes; sujeta a la sentencia definitiva de la acción de amparo interpuesta; bajo caución juratoria y reservando las presentes actuaciones durante la resolución de la medida cautelar innovativa.

e) Se declare la inconstitucionalidad del art. 15 de la ley 16986, sólo en lo referente a los efectos con que se concede el recurso de apelación.

f) Oportunamente se dicte sentencia reconociéndole a . . ., el derecho a la cobertura integral (100%) de las prestaciones ut-supra detalladas.
Proveer de conformidad.

SERÁ JUSTICIA

Capitulo II

INSERCIÓN LABORAL

Pasos a seguir en la Inserción Laboral

AUTORA: Marcia Oliva Psicóloga Social /AT

Lo primero que hay que tener en cuenta, son las propias limitaciones dependientes de los procesos internos. Ser AT no representa poder trabajar en cualquier caso ya que es necesario realizar el abordaje con disociación y objetividad para cumplir con objetivos terapéuticos y más importantes aún resguardar la propia salud mental.

Ejemplo: quien tenga un familiar con x patología o trastorno tendrá que abstenerse en el acompañamiento de la misma patología/trastorno para evitar estados trasferenciales y contra transferenciales (correr el riesgo de depositar cualidades o situaciones del familiar en el acompañado)
Teniendo esto en cuenta veamos cuales son los requisitos y pasos a seguir.
Hoy día Facebook es una de las mayores fuentes de trabajo relacionados con el AT. Ya que las os solicitan a los familiares la búsqueda del mismo. También es una fuente laboral las distintas empresas tercia rizadoras de la prestación o centros de discapacidad.

Cuando una familia inicia la búsqueda de AT.

Pone una publicación en Facebook con la mínima cantidad de información en la mayoría de los casos solicitando el servicio y él envió de cv, pueden dejar un mail, teléfono o solicitar que se comuniquen por privado. El AT que esté interesado responde al pedido solicitando la mayor cantidad de información posible y enviando ven el caso de ser seleccionado por el familiar el AT concurre a una primera entrevista con el familiar y aquí es donde comienza el trabajo de campo previo.

1-lo primero que se observa es la ansiedad de la familia por resolver una situación que los angustia (es necesario tomar nota de la situación ya que dicha ansiedad no acaba con la selección de AT, por lo contrario acompaña gran parte del acompañamiento, por lo que el AT deberá tener las herramientas

necesarias para contrarrestar tanto la angustia como la ansiedad de la familia, modificando así las relaciones interpersonales a nivel comportamental entre los miembros del grupo)

2-Despues de escuchar con atención la demanda del familiar y pedido de papeles, es primordial pedir un medio de contacto con el médico tratante o profesional que solicito dicho acompañamiento. Y solicitar el resumen de HC o evolución psicológica.

3- Tener una entrevista con profesional actuante para interiorizarnos en la problemática y conocer los objetivos a trabajar.

4- Nueva entrevista con la familia. Esta segunda entrevista es primordial para el armado de hemograma (esquema de sistematización de la estructura familiar y relaciones interpersonales entre los miembros). Dialogar con la familia sobre los objetivos del dispositivo donde queden explicitas las limitaciones y funciones y el armado del acuerdo familiar.

5- Ya teniendo las pautas médicas, la demanda familiar, las estructura familiar y posibles patrones de comportamiento, relaciones positivas y negativas (el hemograma) se analizara con detenimiento y se establecerá el tipo de abordaje que debe realizarse y a plena conciencia se tomara o no el caso, teniendo en cuenta el proceso interno e interferencia de cada uno, el nivel de formación, capacidad estratégica.
ES DE SUMA IMPORTANCIA TENER EN CUENTA QUE SE TRABAJA CON PERSONAS NO CON PATOLOGIAS, LAS MISMAS SON SOLO UNA CONDICION, NO SE PUEDE ABANDONAR A UNA PERSONA EN SITUACION DE BULNERAVILIDAD SOLO PORQUE NOS EQUIVOCAMOS EN LA ELECCION .

<u>PROFESIONALISMO Y ETICA ANTE TODO.</u>

En el caso de decidir tomar el caso se prepara la carpeta para ser entregada en la obra social

- Inscripción Mono tributo
- Inscripción ingresos brutos
- Seguro de responsabilidad civil
- Plan de trabajo
- Presupuesto
- Antecedentes penales (en caso de ser AT escolar)
- Apto físico (en caso de ser AT escolar)
- Inscripción RNP de quien realice la supervisión (en caso de ser AT escolar, en domicilio no es necesario presentarlo, pero es imperativo tener

supervisión)

- Acuerdo familiar para ser entregado a la familia y firmado por la misma y el AT.

Plan de Trabajo

El mismo puede realizarse de dos maneras
1- Por áreas (deben colarse los objetivos cognitivos, por otro lado los objetivos conductuales y las actividades lúdicas)
2- Integral (objetivos principales, objetivos secundarios)
Ejemplo de plan de trabajo integral.

SE PRESENTA PLAN DE TRABAJO POR PRESTACION ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO A FAVOR DE.

Paciente:
Diagnóstico: TEA
Obra Social:
N afiliado:
Prestación: Acompañante terapéutico
Prestador:
cuil:

PLAN DE TRABAJO

De acuerdo a lo solicitado por médico tratante..... N.M.....
El dispositivo de AT se llevara a cabo en el domicilio.....
Los día..... En el horario de... a.....
OBJETIVOS PRINCIPALES DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO (es solo un ejemplo, los objetivos deben ser pautados con médico tratante)

- Favorecer la comunicación
- Generar conductas de auto valimiento
- Organizar rutinas cotidianas
- Favorecer la inclusión en el ámbito social.
- Asegurar la continuidad de las diferentes terapias
- Modificar conductas eruptivas.
- Crear un espacio de contención

OBJETIVOS GENERALES DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO

- De acuerdo a lo dispuesto con el equipo interdisciplinario se trabajara de manera conjunta con la familia y el niño, sobre las rutinas cotidianas, or-

ganizando las tareas comunes y personales evitando así episodios de crisis, ansiedad y angustia debido a la falta de estructura proporcionando mayor estabilidad y desarrollo.

- Se trabajara con diversas técnicas para fomentar la comunicación verbal y no verbal. Las mismas son realizadas con soporte gráfico y ejercicios vocales de manera recreativa tomando los temas de interés del niño favoreciendo su desarrollo cognitivo.
- Se trabajara sobre las relaciones interpersonales, generando un espacio de concientización sobre su importancia y desarrollo, fomentando el incremento de auto estima, favoreciendo la estructura de demora y generando vínculos más saludables.
- De acuerdo a lo acordado con el equipo interdisciplinario se llevaran a cabo dos salidas recreativas de acuerdo al interés y necesidad del niño
- Se trabajara con técnicas de conductas pivótales para estimular y motivar al niño positivando los aspectos conductuales negativos, las mismas se harán extensivas a maestros y padres para que operativamente se genere un proceso de evolución tanto cuantitativo como cualitativo .

El plan de trabajo presentado está sujeto a modificaciones y variaciones de acuerdo a los procesos evolutivos del niño teniendo en cuenta su pertenencia, pertinencia, cooperación, y resistencias. Los mismos serán consensuados con el equipo interdisciplinario de manera pertinente y paulatina.
FIRMA Y SELLO

Como realizar un Presupuesto

Lo primero es averiguar a través de la familia cual es el valor hora que paga la os. O si es para escuela si pagan por nomenclador nacional y si la misma tiene un modelo predeterminado para realizarlo.
El prepuesto se realiza por hora-día-semana-mes. Aclarando que es mismo queda sujeto a modificaciones por aumentos
Ejemplo de presupuesto.

Modelo de Presupuestos para
Obra Sociales

Paciente:
N° afiliado:
Edad:
Diagnóstico: Trastorno demencial
Profesional actuante:
Matricula:

Se presenta el siguiente prepuesto por pedido de Acompañante terapéutico.
Dispositivo domiciliario de lunes a lunes cuatro horas.

Prestador:
DNI:
CUIL:
Prestación:
E-mail:

Valor hora AT de lunes a viernes: $ 200
Valor hora AT sábado- domingo- feriado: $250

Horas mensuales semanales: 92 horas
Horas mensuales fin de semana: 32 horas

Total valor has semanales: $18.400
Total valor has fin de semana: $ 8000
VALOR TOTAL MENSUAL: $26.400

El presupuesto queda sujeto a modificaciones por feriados, variación de periodo 30/31 días de acuerdo al mes y aumentos.

Seguros y Modelos de informe

SEGUROS

El seguro se obtiene en cualquier aseguradora o banco provincia si el mismo es para domicilio deberá ser Responsabilidad civil, si es para escuela Responsabilidad civil comprensiva (nombre y dirección de la institución donde concurrirán)

ACUERDO FAMILIAR... ver APP CPSA (Agenda AT)

Es importante tener en cuenta los límites de la función, pero también la flexibilidad de acuerdo a la problemática que se presente. El acuerdo de familia lo que hace es dar un marco regulador ante las conductas demandantes de familia y paciente. Es un acuerdo donde queda establecido que tareas se van a realizar pero sobre todo aquella que no se van a realizar por exceder a la función. Es importante la observación durante las entrevistas

de las posibles demandas de la familia, para que estas puedan ser contrarrestadas en el acuerdo y así evitar situaciones conflictivas que solo perjudican al paciente. Nunca hay que perder de vista que para la familia somos un chivo expiatorio del equipo interdisciplinario, y hasta que no se establece un vínculo de confianza y cooperación el dispositivo es invasivo.
Anteriormente mencione que la ansiedad y angustia de la familia no termina con la selección de AT, esto ocurre porque en la mayoría de los casos y según la información que tenga la familia, lo que esperan y demandan del AT es la solución a sus problemas (Pensé que con la AT las cosas iban a cambiar, que ahora iba a tener más tiempo para mis cosas, etc.) Es necesario explicar que es un proceso donde las modificaciones más pequeñas representan un gran logro, que no hay un tiempo determinado de cambio que el mismo depende del proceso de quien se acompaña y su entorno.

Ejemplo Acuerdo con la Familia

El acompañamiento se realizara en el domicilio... en el horario..... de...a...
En caso de exceder el horario el valor hora AT de acuerdo a presupuesto aprobado por os... es de $...Teniendo que ser abonado por el titular responsable..... al terminar la jornada laboral.
Queda acordado con el Sr..... que el el paciente será retirado para traslado de domicilio... y restaurado al mismo .Quedando a cargo de..... el pedido de traslado y pago del mismo.
El prestador... no puede ni llevar ni retirar al paciente con excepción de los traslados ya autorizados, sin la autorización correspondiente de la os... ya que el mismo debe quedar establecido en el marco legal de su función.
El AT queda excluido de las tareas de higiene y confort de acuerdo al marco regulador de su profesión.

Las planillas se firman de acuerdo autorización de la os. Si por motivos personales el AT no pudiera concurrir al servicio las horas serán compensadas durante la semana, si por motivos personales o familiares se solicitara al AT que no concurra al servicio, no habrá compensación firmando la planilla de acuerdo a lo establecido.
EL paciente es responsabilidad de la familia, siendo el AT responsable solo del espacio terapéutico establecido según aprobación os.....
Firma del responsable

firma y sello AT

En el acuerdo familiar también se puede establecer un pago parcial por parte de la familia en caso de demoras que excedan los tiempos establecidos, siendo este descontado del total a cobrar.

Es muy importante hacer todas las averiguaciones pertinentes a la os, teniendo en cuenta que la familia no es responsable de las irregularidades en la misma y que el AT toma el caso con pleno conocimiento de la situación.

INFORME TERAPEUTICO.

En todos los casos deben realizarse informes, de acuerdo a lo acontecido en los acompañamientos teniendo en cuenta los objetivos a tratar. (De qué manera se está trabajando, cuales son las estregáis a utilizar, obstáculos, resistencia, avances)

Debe realizarse un anexo donde el AT exponga los puntos más relevantes y significativos que considere objetivamente actúan de manera negativa y no estén dentro del plan de trabajo.
El AT es el único miembro del equipo inserto en la cotidianidad del paciente, por lo que tomara contacto con las distintas situaciones y comportamientos, de los que el equipo tiene desconocimiento, las mismas si son negativas en los avances del paciente deben ser informadas y el AT tendrá que trabajar sobre esos aspectos positivándolos.

Tenemos que tener en cuenta que cuando se presenta un plan de trabajo (PT) el mismo se realiza según pautas médicas. De todos modos el mismo debe ser abarca TiVo y el abordaje debe ser integral y flexible.
No puede faltar en un PT.

- Fortalecer red vincular
- Generar vínculos más saludables
- Positivar aquellos aspectos que que favorezcan la evolución y calidad de vida
- Generar aceptación sobre la condición del paciente
- Extender la contención al grupo familiar
- Trabajar de manera integral con equipo y familia
- Ser un nexo entre el paciente y su entorno familiar y social
- Potenciar los aspectos positivos y capacidades del sujeto
- Adaptar necesidades y deseos del paciente según sus capacidades, para no generar frustración.
- Favorecer la comunicación.
- Generar conductas que favorezcan su independencia
- Fortalecer autoestima

Es necesario que todos los puntos anteriormente mencionados, estén presentes en el abordaje del acompañamiento ya implícitamente son parte de la intervención del AT

Capitulo III

INTEGRACIÓN ESCOLAR

El Acompañante Terapéutico y su Trabajo en la Integración Escolar.

AUTORA: Lic. Natalia Quaglia – Especialista en TEA e Integración Escolar.

¿Qué es la Integración Escolar?

La integración escolar es una responsabilidad y una oportunidad que nos brinda la posibilidad, como personas y sociedad, de entender que todos tenemos las mismas oportunidades enriqueciéndonos a través de las diferencias

- La Integración Escolar es un proceso que se lleva a cabo entre la Escuela Común y Escuela Especial con el objetivo de que niños y niñas con discapacidad cognitiva, conductual, sensorial o motora puedan insertarse en la escuela común.

- Es un derecho del que gozan todos los niños y no un deber. Y se plantea con los mismos objetivos que la educación general: ofrecer a cada niño y o adolescente todas las oportunidades posibles para que alcance el mayor desarrollo de sus capacidades tanto intelectuales, sociales, escolares y recreativas.

- La integración debe ser flexible, ya que se deberá tener en cuenta a cada niño y su dificultad para implementar las estrategias adecuadas a la programación de cada institución, y deberá estar ajustada a la evolución de cada alumno: respetando los tiempos de cada niño y/o adolescente. Así mismo debe ser progresiva y adaptada a las variables de los niños (recursos, potencialidades, nivel de madurez, necesidades, intereses).

Una escuela debe ser integradora y también inclusiva?.

- Esto significa que todos los alumnos son iguales, que recibidos y educados en clase sin ninguna diferencia. Es un lugar que pertenece a todos,

donde todo el mundo ayuda y es ayudado por sus compañeros y por otros miembros de la comunidad escolar con el objetivo de que todos puedan lograr los mismos aprendizajes.

- Es importante que las escuelas dispongan de instalaciones adecuadas y materiales especiales de trabajo para poder lograrlo.

- Que los demás integrantes del establecimiento académico, ya sean director, secretaria, maestranza, otros docentes, estén al tanto de la patología del niño y sepan cómo ayudarlo.

- Qué los docentes, los compañeros y padres (del niño integrado y de los demás padres) se comprometan a ayudar, a entender, a acompañar y a apoyar al niño con dificultades.

- Se necesita el compromiso por parte del cuerpo docente, deben tener una formación adecuada brindada por las capacitaciones docentes. Los docentes deben poseer las herramientas didácticas que le permitan prever y manejar las situaciones que puedan presentarse con estos niños, aunque tengan el apoyo de integradores, acompañantes externos y profesionales a su alcance. En el caso de no tenerlas, el integrador y el acompañante externo proporcionarán la información necesaria para entender la patología del niño y cómo ayudarlo.

¿Por qué integramos e incluimos?

- Porque se piensa que la diferencia, la heterogeneidad es enriquecedora porque son fuente de intercambios y aprendizajes.

- Se ha demostrado que los niños con capacidades diferentes o NEE que se integran a cursos con chicos comunes logran avanzar más rápido en sus aprendizajes.

- Cuando se le muestra a los chicos cómo comunicarse con sus compañeros con NEE, cómo tratarlos y ayudarlos, se está impulsando la integración a la vez que se está educando para una convivencia con la diversidad. Todos aprendemos de todos.

- Porque el dispositivo de Integración Escolar incluye las adecuaciones curriculares que son la adaptación de los contenidos curriculares según las capacidades con las que cuenta el niño. Y se crearán estrategias de intervención que permitan su presencia e inclusión en el aula y un aprendizaje eficaz.

- El hecho de que puedan recibir educación en el ámbito de la escolaridad común los niños con necesidades educativas especiales (NEE), a través del dispositivo de integración escolar, manifiesta un importante avance social que sostiene los principios de igualdad de oportunidades y equidad.

¿Como se arma un proyecto de Integración ?

- Cuando se arma un proyecto de integración más adecuado para cada niño, es fundamental la presencia y compromiso de la escuela común y la escuela especial, o Escuela Común y Servicio Especializado en Integración. Es imprescindible la comunicación fluida de ambas partes planificando encuentros y reuniones periódicas ya sean quincenales, mensuales, bimestrales, semestrales, etc.

- Generalmente es la escuela quien evalúa más fácilmente las dificultades del niño que la misma familia. Esta notifica a los padres de las dificultades observadas y, a partir de allí se busca un diagnóstico médico para elaborar un proyecto de integración.

- El niño integrado debe tener un diagnóstico médico. No se arma un proyecto de integración sin un diagnóstico.

- Primer Paso: Entrevista Inicial con la familia y el alumno. Se hace entrega a la familia de los papeles necesarios para solicitar la prestación ante la obra social.
- Segundo Paso: Con la aprobación de la prestación por parte de la obra social, se realiza la selección del profesional para la familia.
- Tercer Paso: Se realiza la presentación formal de la Maestra integradora ante la familia y la institución educativa.
- Cuarto Paso: Puesta en acción del dispositivo.

Rol de la Maestra Integradora.

- El rol de la Maestra Integradora lo puede llevar a cabo un profesional del ámbito de la salud mental o de la educación (Psicólogo, Psicopedagogo, Maestro de escuela Especial). No sólo orienta y brinda estrategias de intervención al docente del curso, sino que también realiza las Adaptaciones Curriculares y el PPI (Proyecto Pedagógico Individual) para que el alumno pueda acceder al aprendizaje lo mejor posible.

PPI: Es un documento que va a incluir:

- Descripción del niño y su patología.

- Modificaciones que deben realizarse en el aula de la escuela común y recursos que se deberán tener en cuenta para llevar a cabo la integración.
- Nivel actual de desempeño en lo académico, en lo social, en lo conductual, en el lenguaje y comunicación, las habilidades y dificultades en cada área.
- Se plantean los objetivos anuales y a corto plazo y la fecha de iniciación, frecuencia y duración del servicio.

- Comunicación constante con la docente para realizar ajustes necesarios durante la implementación del PPI.

- Los contenidos a adaptar se extraerán de los contenidos del proyecto anual correspondientes al curso del niño.
- Su labor es incluir al niño dentro al mundo escolar. Se hará presente en niños con dificultades en el área académica.

Rol del Acompañante Externo, o AT

- El rol del AE o Acompañante Externo, al igual que el MI puede ser llevado a cabo por un profesional del ámbito de la salud mental o de la educación. (Psicólogo, Psicopedagogo, Maestro de escuela Especial, A.T.). No es un cargo docente, No reemplaza a la intervención docente, ni sustituye a la Maestra Integradora. Este profesional se hará presente en niños con dificultades en el área social.

- Intervendrá en el vínculo con el grupo de pares y en la contención de conductas inapropiadas.

- Trabajará las actividades sociales, independencia y autovalimiento dentro del establecimiento académico.

Puntos a tener en cuenta a la hora de trabajar como AE y MI.

- Crear un buen vínculo con el docente y personal académico. Mantener una excelente relación con ellos.
- Es importante que el MI o AE deje claro al docente del aula, que está dentro de la misma para ayudar el desarrollo del niño y al desempeño del docente para con ese niño con NEE. No está para evaluar ni juzgar el desempeño docente.
- Podemos llegar a ser vistos como personas evaluadoras o como "estorbos" dentro del aula y, el docente, puede sentirse incómodo nuestra presencia. Se puede explicar que estamos allí para ayudar al niño en su rol de alumno y a él en su rol docente para con el niño.

- Crear un buen vínculo con los compañeros del alumno con NEE para que sea más sencillo el facilitar el vínculo entre el niño con NEE y sus compañeros y también su trabajo como integrador o AE.
- Se deben respetar los diferentes ritmos y estilos de aprendizajes.
- Utilizar constantemente un lenguaje claro y adulto evitando diminutivos y el lenguaje infantilizado. Utilizar un lenguaje simple y adaptado al nivel del niño.
- Trazar objetivos a corto plazo basados en sus fortalezas e intereses.
- Entender que el niño se encuentra bajo nuestra responsabilidad, pero también es responsabilidad del docente a cargo.
- Dentro del establecimiento académico estamos exclusivamente para estar con el niño con NECESIDADES EDUCATIVAS DERIVADAS DE LA EDUCACIÓN. Cualquier otro rol requerido dentro del mismo, que no contemple la inclusión de nuestro niño en el pedido, debe ser rechazado o evaluado por el MI o AE.
- Cualquier tema relacionado con la escuela (notas, devoluciones, etc.) son responsabilidad y obligación de ser transmitidas sólo por personal de la escuela y no por el AE.
- Una buena estrategia es saber con anterioridad que temas se tocarán en la semana para poder anticipar el material de trabajo y las estrategias a utilizar.
- Ser puntual.

Puntos a tener en cuenta a la hora de trabajar con los padres.

- Saber si el establecimiento académico es el indicado para las necesidades educativas de su hijo y cuenta con todos los recursos para ayudarlo en el aprendizaje e inclusión.
- Que el niño conozca previamente las condiciones del contexto escolar al que habrá de integrarse.
- Concientizar el compromiso de los padres del niño integrado.
- Entender que el personal que trabaja en la escuela no debe ser el mismo que trabaje en la casa.
- Para mantener una colaboración y comunicación constante entre las personas que están trabajando con el niño, que los padres propongan la utilización del "cuaderno volador" en el cada profesional vaya explicando lo que va haciendo con el niño para que los demás profesionales y esos padres puedan hacer un seguimiento.
- Es importante que los padres tengan reuniones constantes con el colegio y con todos los profesionales que trabajan con su hijo.
- Y que los papás tengan un espacio en las reuniones de padres para hablar de las dificultades y conductas de su hijo, como así también aclarar

dudas y responder preguntas referente a las mismas brindando herramientas y estrategias siempre desde el respeto, la comprensión y la contención.

Ingreso de Acompañamiento Terapéutico en Institución Educativa en la Provincia de Buenos Aires

RECOPILACION: Yanina González-AT

Considerando que la Ley de Educación Nacional N° 26.206 establece que se debe garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas, brindando a las personas una propuesta que permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos, y por ende es necesario precisar la intervención del Acompañante Terapéutico dentro de las instituciones siendo las mismas responsables del proceso educativo, la intervención del AT estará subordinada a las definiciones contenidas en el Proyecto Pedagógico del alumno y de la Institución.
Cabe destacar que la función del AT es pura y exclusivamente referida al campo de la Salud siendo determinante la exclusión de su intervención en el plano de lo pedagógico/adaptaciones curriculares.

Al momento de tomar un caso sobre Integración Escolar, hay una serie de documentación a presentar ante la institución educativa. A saber:

Curriculum Vitae

Títulos, Certificaciones, referencias comprobables y formación específica que habilita su intervención profesional como AT. Se deberá adjuntar fotocopias de comprobantes de estudio.
A continuación, un posible modelo.

CURRICULUM VITAE **NOMBRE Y APELLIDO**

Foto Carnet

Información Personal
Dirección – Ciudad – Provincia
Teléfono fijo – Teléfono celular
Casilla de correo electrónico
Fecha y lugar de nacimiento.
Estado Civil – Hijos.

Estudios cursados
- Secundario
- Cursos/carrera de formación
- Cursos de capacitación

Experiencia Laboral
- De X mes/año a X mes año: Nombre de la empresa/trabajo realizado – Responsabilidades.

Referencias Laborales
- Apellido, nombre. Teléfono de contacto. Empresa/trabajo de referencia

Disponibilidad horaria: Full time/A convenir/Media jornada.

Seguro

Constancia de contratación y vigencia del seguro que cubre la actividad laboral.

Plan de trabajo

Este proyecto es el aval profesional que requiere la intervención del AT, siendo necesario agregar la descripción del equipo interdisciplinario externo que sostiene, solicita y supervisa su tarea, explayando en lo posible los objetivos terapéuticos de dicho equipo. A continuación, un modelo posible para presentar.

PROYECTO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO EN INTEGRACIÓN ESCOLAR

El presente proyecto ha sido elaborado en función a las necesidades del alumno X quien concurre al Colegio X, de la ciudad de X. Considerando las necesidades educativas del niño y de la importancia de poder contar con un apoyo y acompañamiento diario en su escolaridad, es por esa razón, como Acompañante Terapéutico asumo rol de mediador favoreciendo aspectos interaccionales (institución, docente, compañeros) facilitando, de esta manera su proceso de adaptación.

FUNDAMENTACIÓN

La integración consiste en el despliegue de todas las técnicas y metodolo-

gías a favor del niño con necesidades educativas especiales, respondiendo a aspectos físicos, conductuales y sociales. En esta situación interviene la familia, la escuela, el equipo de integración, profesionales y el niño, trabajando interdisciplinariamente.
La integración escolar supone una transformación total de la escuela, como institución comprometida y responsable que acepte la integración, conozca, se informe, pueda compartir y transmitir esa información, eligiendo el modelo adecuado a cada situación, formándose y preparándose para ello.
El objetivo básico será de proveer de oportunidades apropiadas, respetando los modos y ritmos de aprendizaje y adaptación, como a su vez atender las subjetividades de cada individuo. El objetivo de la escuela debe ser aceptar y educar para la diversidad, como también, crear un nuevo estilo de enseñanza y mejorar el sistema educativo.

OBJETIVOS

- Objetivo a corto plazo:

Acompañar el proceso de adaptación y socialización del niño en el ámbito escolar.

- Objetivos mediano y largo plazo:

- Promover la generación de vínculos de afecto y confianza con su maestra y compañeros.
- Establecer consignas claras y concretas.
- Sostener y contener al niño.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales, promoviendo la solidaridad, respeto, cuidado de sí mismo y de los demás.
- Iniciar la adquisición de hábitos a través de las actividades de rutina. (Primero trabajar en el aula, luego recreo, volver a la calma, etc.)
- Plantear actividades motivadoras de manera de captar su atención e interés.
- Afianzar su autoestima valorando su desempeño, y estimulando la continuidad de las actividades.
- Ofrecer oportunidades de desarrollo de capacidad creativa.
- Promover la participación de actos, juegos y/o cumpleaños.
- Proponer actividades grupales o juegos para incentivar la integración con sus pares.
- Favorecer la autonomía mediante situaciones que le permita al niño sentir confianza e independencia.
- Animar la comunicación y expresión de sus sentimientos y emociones.
- Estimular la imitación de otros niños, para promover el crecimiento social y lingüístico.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo estará basada en los objetivos planteados. De

esta manera teniendo en cuenta las necesidades del acompañado y su situación escolar se propondrán:

- Favorecer de manera óptima su adaptación escolar.
- Presentar propuestas breves, que capten su atención e interés.
- Establecer consignas claras, cortas y concretas.
- Estimular la participación en juegos grupales.
- Ofrecer un espacio dentro de la institución para poder relajarse en momentos de mucha exaltación.

FIRMA – SELLO DEL AT.

Certificado de Supervisión con profesional matriculado inscripto en Registro de Prestadores de Atención a las Personas con discapacidad.

Estando claramente definido que la presencia de un AT hace al ejercicio del derecho que un niño/a, adolescente, joven o persona adulta tiene y que se sostiene a partir de la situación de vulnerabilidad que atraviese, según la resolución 782/13 de la Dirección General de Cultura y Educación se solicita que el profesional AT pertenezca a una institución u organismo habilitado o matriculado. Dada la ausencia de regulación y matriculación del ejercicio profesional en el campo del Acompañamiento Terapéutico en Argentina, la inspección solicita que el AT sea supervisado por un profesional matriculado e inscripto en Registro de Prestadores de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad con el propósito de universalizar una atención de calidad debiendo presentar junto con la documentación inicial:
*Fotocopia simple de la Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Favor de Personas con Discapacidad del profesional matriculado que supervisará el proceso de intervención del Acompañante Terapéutico en el ámbito educativo.

*Fotocopia autenticada de la habilitación otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional (en este sentido, las Obras Sociales o Prepagas también son instituciones habilitadas para cubrir la prestación).

<u>Algunas consideraciones</u>

Una vez presentada toda la documentación, desde inspección se habilitará el ingreso del Acompañante Terapéutico y su ejercicio como tal. Se deberá tener en cuenta:

- Definición de la estrategia: La modalidad, recursos, formas de intervención del Acompañamiento Terapéutico será definida y acordada entre la

institución y profesionales intervinientes, junto con la familia y el alumno (en caso de estar dentro de sus posibilidades)

• La definición y adaptación de la propuesta pedagógica corresponde a la institución educativa: Se realizará con la participación del alumno y con el acuerdo de la familia junto con el cuerpo docente y gabinete de profesionales. El AT no interviene en dicha instancia.

• El Acompañante Terapéutico deberá entregar informes a la institución educativa y al equipo de profesionales externos con frecuencia determinada, en función a los requerimientos de la demanda.

• Como andamiaje del Acompañamiento Terapéutico es fundamental sostener las instancias de Análisis privado, Coordinación y Supervisión siendo las mismas:

- Análisis privado: Espacio de revisión subjetiva con un psicoterapeuta, donde el AT podrá volcar sus vulnerabilidades personales. Esta instancia es productiva para poder identificar las vulnerabilidades propias al momento de sostener la Distancia Operativa/Disociación Instrumental en el ejercicio profesional.

- Coordinación: Espacio de revisión de objetivos terapéuticos, que se realiza en calidad de interdisciplina junto con profesionales de la salud, justicia o educación que trabajan con el acompañado en el mismo caso. Se encuadrarán procesos terapéuticos, revisión de avances o retrocesos, re encuadres, etc., en relación al caso en el que se interviene.

- Supervisión: Espacio de revisión de la práctica profesional como AT, que se realiza de manera individual o grupal coordinado por otro profesional en Acompañamiento Terapéutico con especializaciones o experiencia en la situación a supervisar. La condición es que dicho AT coordinador no tenga ninguna relación con el caso a supervisar para que pueda aportar una mirada lo más objetiva posible.

Pasos a seguir en la tramitación de autorización para el ingreso de un AT en cualquier institución educativa dependiente de la Dirección General de Cultura y Educación.

Estos pasos tienen como objetivo facilitar el trámite y evitar la burocratización del procedimiento para el ingreso del AT a la institución educativa; entendiendo que los diferentes actores e instancias institucionales que se mencionan tienen la autoridad suficiente para resolver la solicitud.

1) La institución educativa que recibe el pedido informa al solicitante la documentación que debe presentar. En el caso que la solicitud se realice ante la inspección, será esta quien informe al solicitante la documentación requerida.

2) Cuando la institución educativa recibe la documentación convoca

a todos los actores del sistema educativo directamente involucrados para analizar la situación, definir la estrategia terapéutica y resolver los términos de la intervención del AT.

3) Una vez resuelto el ingreso del AT, se convoca a la familia, al AT y a la institución o profesional de referencia con quien se trabaja en coordinación, para informar sobre la decisión tomada respecto a la propuesta pedagógica y acordar los alcances de la intervención del AT en función de la estrategia educativa que se definió para el alumno.

4) Se realiza un Acta-Acuerdo entre la institución, profesionales intervinientes, familia y el alumno (en caso de poder participar) donde se registra el proyecto pedagógico, la intervención del AT y las responsabilidades de cada uno de los actores. En esta etapa, también se establecerán los tiempos e instancias de seguimiento y evaluación a lo largo del año.

5) Al finalizar el ciclo lectivo, teniendo en cuenta la evolución del alumno, se evaluara el trabajo realizado por el AT y se decidirá si es necesaria la continuidad del apoyo en el próximo año. Cuando se defina que el estudiante necesita continuar su escolaridad con el apoyo del AT, se dejará establecido que al iniciarse el nuevo ciclo lectivo se deberá presentar nuevamente los informes y/ o estudios actualizados que dan cuenta de la situación presente del alumno.

Informe en el acompañamiento terapéutico

Autora: Yanina González - AT

El Informe es una exposición escrita, minuciosa e histórica de los hechos referidos a una evaluación, con el objetivo de trasmitir a un destinatario (ya sea un colega, el profesional o equipo que coordina el caso, obra social o institución), los resultados, conclusiones y pronóstico en base a los datos obtenidos y analizados a la luz de instrumentos técnicos como la entrevista, observaciones, etc. todos consustanciados en el marco referencial teórico, técnico y científico adoptado por el AT.
El informe supone entonces ordenar los datos en función de las variables que propone un marco teórico.
Así un informe puede entenderse, como la traducción a un juicio de índices producidos a partir de la organización de hechos o datos.

Finalidad

La finalidad del informe será siempre la de presentar resultados y conclusiones de la intervención del dispositivo de AT. En función del motivo de demanda de la evaluación, el Informe podrá destinarse a finalidades diversas, tales como: asesoramiento, diagnóstico, pronóstico, opiniones, orientaciones. En síntesis, es el motivo de petición de la evaluación, el que define el objetivo del Informe.

Características

- El informe es parte y a la vez resultante del proceso de evaluación del AT al cual pertenece. Ha de ser relevante en cuanto a su objeto y a su contenido; debe excluirse todo aquello que no se refiere a su objeto. Es decir, es meramente objetivo, sin consideraciones personales/subjetivas.

- El informe es necesario; no deben realizarse informes rutinarios (para eso está el registro) o de forma estereotipada sin que exista un propósito definido para su realización relevante a la intervención.

- Tiene también una utilidad, es decir debe permitir tomar decisiones o hacer uso específico del mismo de acuerdo a las necesidades reales del sujeto.

- Debe ser riguroso, veraz y objetivo, tanto en sus aspectos metodológicos como en su contenido. Para algunos autores, el informe es un documento "científico" ya que es producto de un proceso ajustado a normas a través del cual se han obtenido unos resultados de los que se derivan una serie de acciones que dan respuestas a los objetivos previamente formulados.
- El informe ha de referirse personalizada mente al sujeto de estudio. No deben realizarse informes que describan a los sujetos y sus problemas en términos generales, aplicables a la mayoría de las personas, y que impida toda intervención específica posterior.

- El informe debe tener coherencia interna, tanto en su redacción final como en las estrategias exploración.

- El informe ha de tener sentido en el contexto al cual va destinado, lo que implica un uso consensual adecuado del lenguaje, un análisis de los objetivos del informe y una consideración acerca de su uso social.

- El informe ha de estar abierto a la perspectiva interdisciplinar con la que

es imprescindible abordar la mayoría de los problemas y supuestos que los motivan.

- El informe debe estar los principios éticos básicos del Acompañamiento Terapéutico y los derechos legales de los pacientes, todo ello tanto por las repercusiones que el informe tiene para el sujeto como para la responsabilidad que el profesional AT contrae al suscribirlo.

- Informes clínicos: Cuyo objeto es dictaminar una situación concreta encaminada a proveer de sugerencias terapéuticas, o bien como producto final de un proceso terapéutico.

Principios normativos del Informe

- Que la exposición sea directa y objetiva.
- Revisar el informe cuidadosamente para asegurarse de que la ortografía, gramática y puntuación son correctas.
- Cuidar la semántica, evitando palabras muy comunes o nebulosas, expresiones demasiado personales y frases estereotipadas.
- Evitar escribir un informe tan superficial que pueda aplicarse a cualquier sujeto, por el contrario, que el informe describa las características exclusivas de un sujeto determinado.
- Que el informe sea "compacto".
- No hacer del informe un pretexto para exhibir la sabiduría personal o para hacer alarde de la riqueza de vocabulario.
- Acoplarse a los datos hasta el momento de resumir sus propias observaciones o proponer algunas interpretaciones.
- No descuidar los principios éticos y la deontología o moralidad que implica a todos los profesionales de salud.

Estructura

En la primera parte del Informe, contiene los siguientes datos:

- Datos del autor del Informe: Nombre y apellido del AT, domicilio y número de matrícula profesional (en la Provincia de Buenos Aires, no existe matriculación para el AT, por lo tanto, podemos volcar quién es el profesional que nos supervisa).
- Datos del acompañado: Nombre y apellido, edad, domicilio.
- Finalidad: Motivo de la evaluación, ya sea para inicio o prórroga de tratamiento, pericia judicial, evaluación laboral, informe por derivación a un colega, informe a una obra social para renovación de la cobertura, informe

a una institución para adjuntar en la historia clínica, etc.: Esta parte es la destinada a la narración concisa de los hechos. Se inicia con las razones de la demanda o situación de evaluación, seguida de la información recolectada por el AT. Esta información se refiere a los datos de la persona observada, los hechos y/o síntomas presentados por el solicitante, y también la descripción del proceso realizado y los procedimientos o técnicas utilizadas en la recolección de datos.

- La introducción es una manera de narrar o exponer los datos, contextualizándolos en la metodología empleada, posibilitando asimismo la comprensión del material analizado.

Puede haber variaciones en la narración, provenientes del estilo de redacción del profesional AT, de la diversidad de demandas de evaluación, de la terminología técnica propia de los instrumentos utilizados. Importa destacar que la estructura del Informe será la misma.
Entonces, la introducción cuenta con:

- Los hechos motivadores causantes de la demanda de evaluación
- Los procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos, en el marco referencial teórico que los sustentan.

Es decir, el AT indicará cómo obtuvo los datos y qué referencia teórica sostiene la metodología aplicada. Es la parte del Informe donde el AT hace una exposición descriptiva en forma metódica, objetiva y con fidelidad a los datos recogidos. En esta exposición, debe respetar la fundamentación teórica que sustenta el instrumental técnico utilizado, tanto como los principios éticos y las cuestiones relativas al secreto profesional, recomendándose que debe ser relatado lo que fuera necesario para el esclarecimiento del caso.

El profesional AT en esta parte podrá valerse de citaciones o transcripciones, que reforzarán las conclusiones y su análisis. No debe hacer afirmaciones sin sustento en los datos obtenidos y en las teorías, debiendo tener lenguaje preciso, claro y exacto especialmente cuando se refiere a datos de naturaleza subjetiva.

<u>El contenido debe tener:</u>

- Una presentación clara (enumerarlos incluso) de los hechos o datos que son el sustento y fundamento del juicio.
- Si el dato ha sido obtenido por un método (técnica de medición), cuál es y de dónde se infiere.
- Explicitación de la categoría que van a ser leídos o interpretados esos datos o hechos.

- Es la parte final, conclusiva del Informe. El AT va a especificar y dar énfasis a las evidencias encontradas en el análisis de los datos a partir de las referencias adoptadas, que sostengan el resultado al que el AT llegó, sustentando así la finalidad que se propuso.
- Para que la Conclusión de un Informe sea tal, debe entonces el juicio estar en consonancia directa con los hechos.
- Las suposiciones o las hipótesis, no pueden formar parte de un informe.

Estructura de la Conclusión

Es la parte narrada de forma objetiva, directa, donde después de breves consideraciones el AT expone el resultado. Luego de esta narración el Informe queda concluido, con la indicación de la fecha, la firma y sello del Acompañante Terapéutico.

Frecuencia

Los informes serán presentados de acuerdo a la demanda de la institución o profesional que lo solicite. En caso de que éste tema no se mencione al momento de la entrevista con dichos espacios, es necesario que de nuestra parte como AT dejemos encuadrada la frecuencia con la que se realizarán las presentaciones de los informes.
Puede presentarse con frecuencia semanal (si hay que notificar cuestiones muy específicas), con frecuencia quincenal, con frecuencia mensual, bimensual o cada 6 meses.

Definición conceptual y características específicas de la entrevista en el Acompañamiento Terapéutico

RECOPILACION: Yanina González

Generalidades

Entre las definiciones más conocidas de entrevista están la de Sullivan y la de Pope en las cuales se recogen los siguientes aspectos: una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con unos objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes. Estos roles marcan una relación asimétrica, puesto que uno es el experto, el profesional, y otro es el que necesita de su ayuda.

La entrevista se caracteriza por ser una técnica previa a cualquier modalidad de intervención, imprescindible en el proceso de evaluación por la cantidad de información y conocimiento personal que aporta del sujeto en un breve espacio de tiempo. Se desarrolla a través de una conversación con una finalidad, ya que se centra en la demanda del sujeto, en la explicación de su vulnerabilidad. La información que aporta el sujeto plantea desde su punto de vista cuál es la elaboración personal de los acontecimientos por los que consulta.

Dentro del ejercicio del Acompañamiento Terapéutico, nos vemos inmersos a recurrir a esta técnica en varias oportunidades y con varios protagonistas: Con el profesional o equipo tratante del caso, con el acompañado o futuro acompañado, su familia, instituciones, grupo de pares.

Tipos de entrevista

Por el grado de estructuración

- Estructurada: el entrevistador se ajusta a un guion preestablecido y generalmente estandarizado a la hora de formular las preguntas. Dentro de esta existen dos modalidades importantes: la entrevista mecanizada, en la que el acompañado se sitúa ante un ordenador para responder a las preguntas, y el cuestionario guiado por el entrevistador, donde el acompañado va respondiendo al interrogatorio del examinador o contesta por sí mismo, pudiendo preguntar las dudas.

- Semiestructurada: el AT tiene un guión previo con cierto grado de libertad para proponer cuestiones al momento durante la entrevista.
- Libre: el AT permite hablar al entrevistado en función de sus propias necesidades, formulando preguntas abiertas, de amplio espectro.

Por la finalidad

- Entrevista diagnóstica: Son las entrevistas orientadas a establecer un diagnóstico posterior sobre un acompañado ante una situación puntual que se consulta. Suele ir posteriormente acompañada de otros instrumentos de evaluación que permiten contrastar lo recogido en la entrevista (historias clínicas, epicrisis, informes, etc).

- Entrevista consultiva: el objetivo prioritario es dar respuesta a una pregunta en relación a un tema específico. Suele tener un objetivo focal, con una finalidad muy concreta, en la que el o los entrevistados no van proseguir con un trabajo clínico posterior.
- Entrevistas terapéuticas y de consejo: tienen por finalidad operar un

cambio en una dirección acordada por ambos, entrevistador y entrevistado (reencuadre)

- Entrevista de investigación: tiene como objetivo determinar en función de criterios previamente definidos la adscripción o no de un sujeto a la propia investigación. También conocer, comprobar, confirmar y abrir nuevas vías de conocimiento de vulnerabilidades en un sentido amplio.

En función de la temporalidad del proceso

- Entrevista inicial: es aquella que abre el proceso relacional y que identifica el objeto y objetivos de dicha reunión encuadrando un tipo de interacción entre AT y acompañado/familia.

- Entrevistas de información complementaria: aquellas que se realizan para conocer más datos o de manera más completa al acompañado con el que se está trabajando. En esta categoría entran entrevistas con los familiares del acompañado, con profesionales externos, etc.

- Entrevista sobre la biografía del acompañado o anamnesis: se recorren los hitos evolutivos más significativos del proceso de maduración, se comprueba cómo ha ido el desarrollo temprano, la progresiva autonomía e independencia. Generalmente se sigue un esquema ordenado por áreas de desarrollo y organizado cronológicamente.

- Entrevista de devolución: en ella el AT ofrece información elaborada sobre los objetivos terapéuticos propuestos, el posible pronóstico y sobre los recursos y estrategias terapéuticas que se plantean. Requiere un entrenamiento específico.

- Entrevista de alta: el objetivo es despedir física y administrativamente al acompañado y cerrar o derivar el caso.

<u>En función de la edad del entrevistado</u>

- Entrevista a niños y adolescentes: es una categoría amplia, que por lo general se considera que son sujetos que no piden ayuda por sí mismos, sino que la demanda proviene de los adultos, padres, profesores… y éstos suelen ser parte implicada en el problema y en la resolución del mismo. Las capacidades cognitivas, emocionales y verbales de los niños y adolescentes obligan al AT a una adaptación muy personalizada de cada caso, superior a la que se precisa para la relación con los adultos. El conocimiento de las características evolutivas y la experiencia profesional con sujetos infantiles son imprescindibles para trabajar con esta técnica.

- Entrevistas con adultos: las situaciones planteados por los adultos dependen, en parte, de la génesis evolutiva del ser humano.

- Entrevistas con ancianos y personas con cierto deterioro: requieren un entrenamiento específico en orden al tipo de relación que se establece al tipo del lenguaje y modo de preguntar, a los objetivos de cambio que se pueden conseguir, a los apoyos económicos, sociales y emocionales con los que estas personas cuentan.

Etapas de la entrevista

Pre-entrevista

Los profesionales AT en su trabajo público o privado no reciben a un acompañado directamente, sino que existe algún otro profesional que recepciona la solicitud de consulta. Cuando se recibe a un acompañado se conoce de él al menos el motivo de consulta y algún otro dato más. Generalmente y lo ideal, es que exista una derivación profesional, en donde se haya tomado nota de los datos personales, del motivo de la consulta y ponga a disposición una historia clínica con establecimiento de por lo menos un objetivo terapéutico general a desarrollar como AT. Así en el pre entrevisto se recoge información sobre:

- Acompañado: se anota quién llama, si es el propio acompañado o alguna otra persona en su nombre, sus años y datos para contactar con él.
- Motivo de la consulta.
- Referente

Entrevista

Primera fase de mutuo conocimiento

Hay tres aspectos básicos en esta primera parte de la entrevista: contacto físico, saludos sociales y tentativas de conocimiento mutuo. En esta fase se suceden los saludos y las presentaciones. Se aconseja que la actitud acogedora, cálida y empática se cuiden con esmero, así como la comunicación no verbal. El clima de confianza va a ser determinante y va a condicionar el proceso de la entrevista. Tras el momento de saludos se toma asiento y se indica al paciente cuál es.

Se abre la entrevista clarificando los objetivos de la misma, el tiempo que vamos a invertir y el conocimiento que tenemos de su demanda.

Segunda fase de exploración e identificación del problema

Esta fase es el cuerpo de la entrevista, en el que el consultante explica su demanda, formula un problema y solicita una ayuda, por lo que el AT deberá

realizar un análisis de las demandas, quejas y metas. Aquí el AT trata de escuchar, observar y preguntar adecuadamente para ir elaborando los objetivos terapéuticos específicos que deberá ir confirmando o rechazando a lo largo del proceso terapéutico a fin de dar posteriormente respuesta a la demanda del acompañado.

El tiempo que transcurre desde que el acompañado/familia explica lo que le preocupa hasta que el AT clarifica e identifica la naturaleza e importancia de la vulnerabilidad y elabora las hipótesis pertinentes no es homogéneo, pero en general una entrevista no suele durar más de 50 o 60 minutos, por lo que esta fase suele ocupar alrededor de 40 minutos más o menos.
La actuación del AT en este tiempo es la de observar, escuchar y vivenciar la conducta del acompañado, atendiendo a sus verbalizaciones, a la comunicación no verbal, elaborando objetivos terapéuticos y recursos, y tratando de alcanzarlos progresivamente y a medida que avanza el proceso terapéutico. Además utilizará estrategias comunicacionales a fin de conseguir los objetivos. En esta fase el AT debe dejar constancia de cuál es su rol, guiar al acompañado/familia en el desarrollo de la entrevista y utilizar sus conocimientos y experiencia sobre técnicas y habilidades comunicacionales a fin de conseguir los objetivos que pretende. Es la fase en la que se intenta lograr una comprensión de la vulnerabilidad. Antes de pasar a la siguiente fase, conviene que el AT haga una síntesis de los problemas planteados y se los formule de forma breve al acompañado/familia a fin de obtener un feedback comprensivo, para clarificar la consulta y es el punto de partida para proseguir el trabajo terapéutico posterior.

Tercera fase - despedida

Los tres aspectos básicos de esta última parte de la entrevista son: encuadre o plan de trabajo, nueva cita y despedida física. Conviene antes de despedirse, clarificar con el acompañado/familia cuál va a ser el modo de trabajo que se va a realizar en los próximos encuentros, horarios, coste económico, lugar de trabajo. Esta fase final es bastante diferente de unos acompañados o familiares a otros.

Primera entrevista con el Acompañado/familia

Es una técnica que recoge abiertamente la petición de ayuda del entrevistado. No se buscan sólo datos precisos y contrastados de las vulnerabilidades, sino información acerca de cómo percibe el propio sujeto el malestar por el que consulta. Esta información es por un lado amplio y general y por otro específica y concreta, lo que convierte a esta técnica en un instrumento insustituible del encuadre.

En la primera entrevista, se funda y origina el proceso terapéutico, o se aborta.
La finalidad del Acompañante Terapéutico entrevistador es identificar y clarificar la demanda, comprender las vulnerabilidades y sentimientos del demandante y paralelamente reconocer los puntos resilientes en él y/o su grupo de vinculación, elaborar las hipótesis pertinentes sobre la consulta a fin de proponer estrategias de resolución y objetivos terapéuticos a corto y largo plazo o generales y específicos además de una adaptación o promoción de salud en su calidad de vida. Pero la prioridad del AT en el primer entrevista con el futuro acompañado es el establecimiento de la relación AT-Acompañado. Objetivo que gravita sobre los recursos y habilidades técnicas del AT y de modo fundamental, sobre sus capacidades y habilidades para establecer relaciones interpersonales. A saber: capacidad empática, comprensión, creatividad, sentido común (es decir, control de arbitrariedad), espontaneidad para actuar fuera de lo planeado, inteligencia, juicio adaptativo, recursos emocionales, intuición (que permite distinguir lo importante de lo secundario), etc.

Para ambas partes es el punto de partida de la relación terapéutica, a partir del cual se limitan y orientan las demandas del que consulta. La información aportada por el entrevistado se convierte en el foco de referencia. Sobre esta primera información se organizan otros nuevos datos que permiten completar las hipótesis y las alternativas de actuación posterior. Esta relación se inicia con un desconocimiento mutuo, por lo que ambos necesitan estrategias de acercamiento y conocimiento para establecer las bases de una adecuada relación. Pero sobre el que dirige la entrevista, recae la responsabilidad de recabar información para lograr un conocimiento del futuro acompañado y de su entorno en un breve espacio de tiempo.

La entrevista inicial de evaluación para el inicio de un Acompañamiento Terapéutico se enmarca en una relación asistencial, de ayuda, lo que para Álvarez y Hersen significa que por una parte los personajes involucrados no actúan desde sí mismos, sino que actúan en función de un modelo de trabajo clínico, y por otra, la idea de la ayuda que se quiere brindar responde también a la actitud del examinador en relación a su rol, es decir, al modelo teórico que él tiene sobre lo que significa ser un Acompañante Terapéutico que ofrece sus servicios.

Bassols y Kvale señalan como una de las características propias de esta técnica que se trata de una relación interpersonal que conlleva la influencia recíproca en los individuos implicados, y cuanto más significativa sea esa relación más intenso es el efecto provocado en el interlocutor. Es una influencia bidireccional denominada también retroalimentación inmediata, y da lugar

a que el control de las variables de la entrevista sea muy difícil. Esta relación interpersonal funciona como una gestalt, ya que intervienen todos los aspectos de la realidad personal y situacional de los participantes.
También es específico de esta técnica la flexibilidad que adquiere el desarrollo de la misma, ya que el examinador debe adaptarse a las características propias del entrevistado a lo que ocurre en el aquí y ahora. Permite observar en directo la conducta del acompañado, sin embargo, ninguna entrevista agota el repertorio de conductas de una persona, sino que emergen segmentos de la misma.

Objetivos de la primera entrevista con el acompañado/familia
Los objetivos de la entrevista inicial varían de algún modo en función del modelo teórico del AT, pero existe un acuerdo en considerar que deberían tenerse en cuenta los siguientes:

- Guiar la entrevista al objetivo establecido.
- Establecer un buen rapport (clima de confianza).
- Percibir al acompañado tal y como es, atendiendo a sus conductas verbales y no verbales y registrar el grado de coherencia entre ambas.
- Contener la angustia y ansiedad del acompañado.
- Escuchar.
- Obtener información, lo más exacta y válida posible, sobre la situación de vulnerabilidad.
- Estimular la expresión verbal del acompañado.
- Captar lo que el acompañado está solicitando a través de sus problemas.
- Lograr una comprensión de la vulnerabilidad.
- Conocer las tentativas de solución o adaptación que se han implementado hasta el momento y los resultados obtenidos de las mismas.
- Establecer hipótesis diagnósticas en los términos que cada profesional entienda en función de su marco teórico.
- Planificar el proceso de establecimiento de objetivos terapéuticos.
- Organizar un mapa conceptual sobre las vulnerabilidades que han consultado. Tras finalizar la entrevista, conviene que el AT dedique un tiempo a reflexionar y elaborar una representación gráfica o mapa conceptual que estructure el caso y aporte una explicación y comprensión del mismo.

Primera entrevista con el profesional o equipo
En el juego de roles terapeuta-AT, la posición de éste último respecto del primero es asimétrica pero no pasiva. En el primer encuentro, la conducta del AT se revela activa respecto de su necesidad de recabar información relevante al caso.

La prioridad del primer encuentro, resulta de la necesidad del AT de configurar un cuadro de situación, que exprese las características particulares del caso:

información sobre el acompañado, indicaciones y objetivos de acompañamiento. Resultando de este modo, un marco conceptual y procedimental singular de guía y referencia para el acompañamiento.
Se sugiere a continuación, un recorrido por los aspectos que consideramos necesario recabar en una primera entrevista con el profesional o equipo tratante:

- Diagnóstico del caso
- Necesidad de la incorporación del AT
- Qué se espera del AT
- Objetivos a lograr
- Encuadre (horarios, lugar de desarrollo)
- Comportamiento y modo de actuar particulares del acompañado y/o familia
- Intereses, carácter, vínculos
- Experiencia anterior con AT

Características de un buen entrevistador

Ser un buen entrevistador requiere características actitudinales, habilidades de escucha y estrategias en el manejo de las verbalizaciones.
Actitudes fundamentales del entrevistador

- Empatía

La empatía es la capacidad del AT para comprender al acompañado en sus preocupaciones cognitivas y emocionales, y ser capaz de transmitir al acompañado dicha comprensión. Es un camino de ida y vuelta en el que se genera un feedback receptivo-expresivo. Bleger lo denominó "disociación instrumental", mecanismo cognitivo y emocional utilizado por el AT como herramienta en su trabajo de evaluación. Esta disociación mantiene al profesional con cierta división interna. Por una parte el AT muestra una actitud de cercanía emocional con la vulnerabilidad del acompañado, y por otra se mantiene lo suficientemente distante cognitiva y emocionalmente como para permitirse pensar sobre lo que escucha y realizar hipótesis congruentes y válidas.

En esta actitud prima el componente no verbal sobre el verbal. Esto no significa hacer halagos, ofrecer prematuras seguridades o dejar actuar la compasión. La empatía favorece el establecimiento del rapport, da confianza al entrevistado y propicia una interacción relacional genuina y única. Esta actitud empática no interpreta, aunque sí intenta captar los sentimientos que hay detrás de las palabras del que habla, no valora, ni juzga, sino que res-

peta la libertad del otro, y tampoco trata de aconsejar o consolar de forma prematura e indiscriminada.
Ser empáticos significa: entender los problemas del otro, captar sus sentimientos, ponerse en su lugar, confiar en su capacidad para salir adelante, respetar su libertad, respetar su intimidad, no juzgarle, aceptarlo como es, aceptarlo tal y como quiere llegar a ser y ver al otro desde sí mismo, y no desde nuestras necesidades o problemas. La empatía presupone tres condiciones básicas: congruencia consigo mismo: vivir como pensamos, aceptación incondicional positiva del otro y esfuerzo por ponernos en el lugar del otro sin dejar de ser uno mismo.

- Calidez

La polaridad entre lejanía y distancia emocional debe ser equilibrada con la cercanía, que consiste en una aproximación afectiva. Es una actitud de acogida y contención que se transmite tanto en el lenguaje verbal como no verbal. Con esta actitud cálida se comunica al acompañado la aceptación positiva del mismo. Se manifiesta mediante la proximidad física, la postura, los gestos, los refuerzos verbales y otras conductas indicadoras de aceptación. Es una cualidad imprescindible en un entrevistador.

- Competencia

El acompañado debe recibir mensajes que le reaseguren haber consultado con un experto. El AT mostrará cuando sea necesario y sin hacer ostentación de ello su experiencia en este ámbito de trabajo, su capacidad de entender al acompañado y de ofrecerle posibilidades de cambio. La competencia del AT implica conocer sus limitaciones y derivar al acompañado a otro profesional si considerara que él no es suficientemente competente para trabajar con él.

- Flexibilidad y tolerancia

El AT debe saber responder ante situaciones imprevistas sin perder el objetivo que se persigue. Tiene que ser flexible para adaptarse a la diversidad de personas con las que trabaja. La flexibilidad y la tolerancia son cualidades imprescindibles en el AT, ya que tiene que trabajar con seres humanos; la técnica es un medio que hay que flexibilizar a cada acompañado, no es un fin en sí mismo.

- Honestidad y ética profesional

El AT debe trabajar siendo coherente con sus principios, sus valores, su modelo teórico. Esto se traduce en actuar con honestidad, sinceridad, actitud abierta y honrada. Esto supone por ejemplo, mostrar respeto al acompañado o familia en todos los aspectos idiosincrásicos y personales que no entran

a formar parte de la valoración terapéutica. El AT informará que trabaja bajo estos supuestos y que el consentimiento informado, la confidencialidad y la protección de la información están garantizadas.

- Habilidades de escucha

Hay habilidades de escucha que favorecen el desarrollo de la entrevista y que son propiamente una conducta verbal, como el contacto visual que supone una actitud de acogida, de mirar para acercar y acoger, no para incomodar; la distancia entre ambos interlocutores que debe reunir las características de cercanía, pero sin invadir el espacio personal y la sensación de privacidad… Sin embargo, atendiendo específicamente a la técnica de la entrevista inicial, merecen destacarse las siguientes habilidades dentro de la escucha:

- Dejar hablar: No debemos abusar del uso de la palabra. Según Colombero, la habilidad de escucha implica dos actitudes fundamentales: la actitud receptiva y la actitud directiva.
- Escucha activa: Para Alemany empatía y escucha activa están íntimamente implicados por lo que considera que algunos términos utilizados por autores que siguen este modelo de relación son distintas formas de conceptualizar esta escucha activa como un proceso de atención psicológica interna. Para Rogers los beneficios de la escucha activa son: el acompañado logra progresivamente una sensación de relajación, crece en él el deseo de seguir hablando de sí mismo, disminuye su estado de tensión y miedo, se logra ver la situación desde una óptica distinta, es capaz de aceptar progresivamente estados de ánimo o pensamientos previamente rechazados, permite clarificarse a sí mismo, sin negarlo ni sobrevalorarlo y propicia experimentar "bienestar emocional" al ser comprendido y aceptado por otro tal y como uno es.
- Baja reactividad verbal: La baja reactividad del entrevistador o la latencia prolongada es entendida como el tiempo que tarda en contestar el entrevistador desde que el entrevistado ha intervenido. Una latencia prolongada favorece la expresión verbal del entrevistado. Existen estudios confirmados de que la mayor o menor producción verbal del entrevistado depende de en gran parte de la mayor o menor reactividad del entrevistador.
- Silencios instrumentales: El silencio suele ser mal soportado por los entrevistadores noveles, viviéndolo con tensión y como un fracaso personal. Sin embargo, hay silencios que favorecen la relación interaccional y promueven en el entrevistado seguir hablando. Se llaman silencios instrumentales porque están al servicio de la reflexión y comprensión de lo que se está hablando, promueven profundizar en el tema o desinhibir el bloqueo en la comunicación. Favorece la escucha y mantiene la presencia del entrevistador y la cercanía con el entrevistado.

• Habilidades comunicacionales: estrategias en el manejo de las verbalizaciones

El evaluador/AT es la persona responsable del manejo de las verbalizaciones propias y del acompañado. La conducta del entrevistador condiciona la del entrevistado, la conducta verbal y no verbal de cada uno explicita respuestas diferentes en el otro. Ambos se realimentan mutuamente en un proceso de feedback progresivo. Por eso el entrevistador tiene la responsabilidad de manejar adecuadamente las verbalizaciones. Se ha confirmado que la duración del discurso del entrevistador, las interrupciones y el tipo de intervenciones modifican el discurso verbal del entrevistado. Las verbalizaciones cumplen dos funciones fundamentales: preguntar e informar.

Estrategias para explicitar o mantener una comunicación con el paciente

La información solicitada por el examinador tiene que ser acorde al objetivo que les convoca a ambos.

a) La técnica especular: Se le ha llamado también de eco. Es considerada como una de las que más facilitan seguir manteniendo una conversación. Tiene componentes no verbales importantes, pero en lo verbal se expresa con una frase similar a la dicha por el entrevistado o una repetición de su última frase. Esto permite al entrevistado centrarse y orientarse en el tema que está tratando. También puede ser un simple cabeceo, una mueca de consentimiento o un parpadeo confirmatorio. Álvarez denomina a este tipo de técnicas no-inducidas debido a que las verbalizaciones del entrevistador son neutras, que no comprometen, simplemente indican a la persona que estamos escuchando.

b) Darle la palabra: La técnica del apoyo verbal más común es la basada en frases dichas sin prisas y con interés. Ej.: "Continúe por favor".

c) Comentarios confirmatorios: Sirven para alentar al acompañado a continuar su discurso. Se le llama también "expresar aprobación". Estos comentarios son generalmente verbales, pero los gestos no verbales pueden ir en el mismo sentido. Ej.: "Efectivamente, tenéis razón, yo también creo que los problemas de sueño tienen que ver con la falta de rutinas cotidianas".

d) Realimentación comunicacional: Es una de las técnicas que más ayuda a la comunicación del acompañado. Existen varias formas de realimentación. En la realimentación informativa (los hechos) se trata de repetir lo que el paciente ha dicho para asegurarnos de que hemos entendido bien. Ej: "Si no he entendido mal, me decían que las cosas se complicaron con el accidente". La otra persona comprueba si la información está siendo recibida correctamente y en caso contrario tiene oportunidad de corregirla. La retroalimentación del comportamiento se da cuando le decimos al otro las reacciones que producen sus palabras o su comportamiento. Ej: "cuando habla con ese tono de voz su hijo se queda bloqueado".

Esta forma de retroalimentación es muy importante y la que más ayuda a conocer la reacción que produce en los demás la conducta del acompañado, al menos conocer la reacción de las personas que son importantes para él. La retroalimentación sobre la reacción de las personas no prejuzga al otro, ni le atribuye sentimientos o intenciones determinadas, sólo expone las reacciones emocionales y conductuales que determinadas personas tienen ante su comportamiento. Para que la retroalimentación sea eficaz tiene que reunir estas características: más descriptiva que valorativa, concreta y no general, tener en cuenta las necesidades del otro, se refiere a comportamientos que pueden ser cambiados, es contrastada por el que la recibe y se da en el momento oportuno y lo antes posible.

e) El señalamiento: Mediante el señalamiento el entrevistador pretende evidenciar un problema del acompañado que él mismo ha verbalizado sin tomar conciencia de ello. Permite focalizar aquellos aspectos de mayor interés y comprender lo que le ocurre.

f) La interpretación: Es una técnica cuyo objetivo es establecer causas y consecuencias de los hechos narrados. En ocasiones suele ir más allá de lo meramente manifiesto, pero la relación causal que establecemos debe ser comprendida por el sujeto a fin de que le permita seguir profundizando en dichos aspectos. Ej: "creo entender que Vd. está preocupado por algo de lo que hizo hace años y de lo que quizá se siente culpable".

g) Aterrizaje en paracaídas: El AT toma conciencia de que el acompañado no está planteando un tema que es necesario tratar, y en un momento determinado lo hace él de forma sorpresiva y directa de forma que el acompañado tenga que encararlo inevitablemente. Este tipo de estrategia no tiene por qué ser una intervención negativa o aversiva.

Estrategias en el modo de hacer preguntas

- Preguntas abiertas. Se aconseja iniciar la entrevista con este tipo de preguntas. Permiten que el acompañado o familia se expresen con sus propias palabras, a su ritmo.
- Preguntas cerradas. Suelen ser contestadas con monosílabos. Se formulan para confirmar la información, concretar un aspecto del problema o para obtener un dato específico.
- Devolver la pregunta. Esto elicita que siga hablando el entrevistado, le devuelve que él mismo puede encontrar la respuesta y que se confía en él como persona capaz de indagar en lo que le ocurre.
- Preguntas facilitadoras. Son preguntas que no crean ambigüedad, que facilitan una respuesta en una dirección. Ej: "¿Qué hace cuando se pone nervioso?". Permiten hablar sobre el tema desde él mismo y sin sentirse mal o contestar directamente una pregunta.

- Preguntas clarificadoras. Se ha denominado también técnica de sondeo. Se trata de preguntar con gestos o con palabras cómo entiende el paciente, en concreto, aquello de lo que está hablando. Ej: "¿qué quiere decir para vos…?" Es una forma neutra de solicitar información que demuestra interés y no prejuzga.
- Preguntas con encabezamiento.
- Preguntas guiadas. También se les llama preguntas con respuesta inducida.
- Preguntas de confrontación. Además de ser inductivas y guiadas confrontan al acompañado con el problema que se está planteando. Conviene ser cauto al formularlas, especialmente en la primera entrevista. Generalmente se enuncian para responder sí o no. Ej: "entonces, ¿el niño duerme con uds. todas las noches?"

Algunos pacientes necesitan una intervención verbal en algunos momentos diferente a la expuesta:
Las técnicas de presión como la confrontación directa o la presión del tiempo, pueden ser técnicas útiles en algún momento o en casos específicos. Estas técnicas deben ser utilizadas en beneficio del entrevistado. Con la técnica de la confrontación directa se trata de hacer tomar conciencia al entrevistado de las contradicciones entre lo que está diciendo y su conducta no verbal, o entre lo que ha dicho en un momento de la entrevista y lo que dice en otro. Son situaciones difíciles de manejar y requieren una gran experiencia. Un talante respetuoso, pero asertivo, del entrevistador es imprescindible en estos casos.

Otra técnica es recordar límites: presión del tiempo. El límite temporal suele ser difícil de manejar por algunas personas. Se trata de observar cómo trabaja un individuo bajo la presión del tiempo, como organiza la información restante y se encara con el límite temporal. Por último está centrar el problema/revisión de síntomas. Cuando el entrevistado no se centra en los problemas importantes, el psicólogo tratará de hacer preguntas que incidan en lo que interesa conocer.

Conviene que en la primera entrevista las verbalizaciones del AT sigan las siguientes pautas:

- Se aconseja utilizar técnicas facilitadoras de la comunicación
- Es conveniente comenzar por preguntas abiertas
- Las preguntas deben ir de lo general a lo particular
- Hay que centrarse progresivamente en el problema de consulta
- Es deseable que se enuncien preguntas no inductivas
- Los aspectos verbales, como intensidad, tono de voz, reactividad en las respuestas, interrupciones deben cuidarse para propiciar la comunicación

- Escuchar activamente favorece la comunicación
- Dejar hablar y no interrumpir son las reglas de oro básicas.

Aportes Prácticos para el trabajo del Acompañante Terapéutico dentro de los Jardines de Infantes.

Autora: Esperatte Silvina -Acompañante Terapéutico-
Estimulación Temprana

Función del AT.

El acompañante terapéutico, agente de Salud formada con conocimientos básicos de Psicopatologías y conceptos generales de Psicología.
Constituye ante todo un dispositivo de trabajo terapéutico ambulatorio por excelencia, una herramienta de la Salud Mental altamente eficaz, que impulsa ante todo el desarrollo y sostenimiento de distintas actividades tendientes al mayor auto valimiento e independencia del paciente.

Contiene en un nivel vivencial, no interpretativo, por el cual debe poner el cuerpo y construir una presencia receptiva, cálida y confiable.
Acompaña al paciente en sus crisis y diferentes fases del proceso.
Dentro del ámbito escolar, trabaja en grupo con docentes, directivos y fundamental con el Equipo Interdisciplinario, comunicando toda modificación que pueda emerger durante el acompañamiento, esté relacionado al paciente o cualquier novedad en el ámbito familiar.

El Acompañante Terapéutico para la inclusión escolar como herramienta de intervención no interfiere en la coexistencia de todos los alumnos, sino que fomenta la inclusión permitiendo el enriquecimiento mutuo basado en la posibilidad de aprender en base a las diferencias individuales de todos.
Este tipo de intervención puede llevarse adelante en establecimientos públicos o privados, siempre y cuando las condiciones organizacionales lo permitan mediante una currícula adaptada para incorporar una calificación especial.
El acompañar desde una actitud activa donde el AT usara su creatividad, herramienta de trabajo, para estimular, contener y que desarrolle sus capacidades optimizando su calidad de vida.

Ser buen observador, escucha entrenada, paciencia y tolerancia respetando los tiempos del niño/a, atento a los cambios de conductas, estados de ánimos, anticipando tareas y fortificando lazos.
Conocer la dinámica escolar, favorecerá el desempeño del trabajo donde se establecen objetivos con diferentes aspectos como sociabilización, aprendizaje, interacción con sus pares.

Las relaciones que se establezcan con las docentes titulares del niño deben ser estrechas y guiadas ya que se pueden confundir el rol de acompañante y sobre nombrarla de otra manera, esto delimita las funciones que tendrá que desempeñar.

Cada niño es diferente así como sus habilidades, las estrategias serán distintas, respetando cada singularidad.
El Acompañante Terapéutico debe construir un vínculo donde el niño se sienta seguro y contenido. Informar a sus compañeros de aula contribuirá a la adaptación del mismo, favoreciendo el clima dentro del trabajo y el normal funcionamiento del encuadre.

Capitulo IV

CONSIDERACIONES CONTABLES

¿Cómo deben inscribirse en la AFIP?

ASESORAMIENTO Dr. PABLO PESCE – CONTADOR PÚBLICO NACIONAL-
To 207Fo146

¿Cómo deben inscribirse en la AFIP?

Solicitud de Clave Única de Identificación Tributaria (C.U.I.T.) y Clave Fiscal

El trámite para la obtención de la CUIT podrá iniciarse, a opción del solicitante, por alguno de los siguientes medios:

A. Por internet (siguiendo los pasos "ahora obtener tu cuit será más fácil") con posterior concurrencia del titular exclusivamente a cualquier Dependencia AFIP para su finalización, previa solicitud del turno web

B. Acercándose personalmente a una Dependencia AFIP (solicitando turno previamente)

La solicitud de la Clave Única de Identificación Tributaria (C.U.I.T.) se debe efectuar personalmente en la dependencia de este Organismo que le corresponda al ciudadano según su domicilio fiscal (lugar donde desarrolla la actividad económica y en el caso que no desarrolle la actividad en un domicilio específico, el domicilio fiscal será el domicilio real del ciudadano).
Podés consultar la dependencia que te corresponde ingresando en la página web de la AFIP, opción "dependencias".

Deberás presentar la siguiente documentación:

1) Formulario N° 460/F por duplicado.

¿Qué información se debe completar en este Formulario?
- Datos de identificación.
- Datos referenciales (nombres y apellidos).
- Domicilio real (figura en el Documento Nacional de Identidad).
- Domicilio fiscal.
- Otros datos (teléfono y correo electrónico de contacto).

El titular o persona debidamente autorizada deberá firmar el reverso del formulario. La firma deberá estar certificada por entidad bancaria, autoridad policial o escribano, excepto cuando sean suscriptos ante algún funcionario de la dependencia de la AFIP en la que se efectúa la presentación, en cuyo caso, éstos actuarán como autoridades certificantes.
Este formulario podrá ser completado en forma interactiva ingresando a la siguiente dirección: http://www.afip.gov.ar/genericos/formularios/archivos/interactivos/f460f.pdf

2) Documentación respaldatoria requerida para cada caso:

Identidad:
- Argentinos nativos o naturalizados y extranjeros: Original y fotocopia del documento nacional de identidad (solo será válido el DNI digital). Los extranjeros deberán presentar, además, el original y fotocopia del documento de identidad del país de origen, pasaporte o cédula del MERCOSUR (de tratarse de un país limítrofe).

- Extranjeros con residencia en el país -incluida la temporaria o transitoria- que no posean documento nacional de identidad: Original y fotocopia de la cédula de identidad, o del certificado o comprobante que acredite el número de expediente asignado por la Dirección Nacional de Migraciones, donde

conste el carácter de su residencia.

Domicilio Fiscal

Deberás presentar 2 de las siguientes constancias:
1) Documento nacional de identidad argentino.
2) Original y fotocopia del certificado de domicilio expedido por autoridad policial. (Antigüedad: Hasta 60 días anteriores al día de la presentación)
3) Original y fotocopia del acta de constatación notarial.
4) Original y fotocopia de alguna factura de servicio público a nombre del contribuyente o responsable. (Antigüedad: Hasta 60 días anteriores al día de la presentación)
5) Original y fotocopia del título de propiedad o contrato de alquiler o de "leasing", del inmueble cuyo domicilio se denuncia.
6) Original y fotocopia del extracto de cuenta bancaria o del resumen de tarjeta de crédito, cuando el solicitante sea el titular de tales servicios. (Antigüedad: Hasta 60 días anteriores al día de la presentación)
7) Original y fotocopia de la habilitación municipal o autorización municipal equivalente, cuando la actividad del solicitante se ejecute en inmuebles que requieran de la misma.
8) Original y fotocopia del Certificado de Vivienda Familiar emitido por la Agencia de Administración de Bienes del Estado, entregado por la ANSES.

Consideraciones

Según el sujeto de que se trate, la documentación a aportar es la que se señala para cada caso:

- El Certificado de Vivienda Familiar se considerará documento suficiente y acreditará la existencia y veracidad del domicilio de su titular y convivientes, no debiendo aportar ninguna otra constancia.

- De haberse constituido Domicilio Fiscal Electrónico, será suficiente 1 de los elementos que se detallan en los puntos 1. a 8.

- Quienes no hayan constituido Domicilio Fiscal Electrónico, serán requeridos 2 de los instrumentos que se detallan en los puntos 1. a 7.

- Si el trámite de inscripción se inicia por internet, sólo se exhibirán los originales de los documentos citados en lo puntos 1. a 8., caso contrario, deberá aportarse original y copia.
- Los sujetos cuyo domicilio fiscal declarado - y obrante en su DNI - coincida con el de su madre, padre, tutor o apoderado, podrán aportar los elementos

citados en los puntos 4., 5. y 6., aún cuando los mismos figuren a nombre de estos últimos, siempre que se acompañe complementariamente la partida de nacimiento o el documento que acredite la tutela o poder, según el caso.

En casos especiales o cuando circunstancias particulares lo justifiquen, la dependencia interviniente podrá requerir y/o aceptar otros documentos o comprobantes que, a su criterio, acrediten fehacientemente el domicilio fiscal denunciado.
Asimismo, este organismo podrá disponer la verificación del domicilio fiscal, mediante la concurrencia al mismo del personal de esta Administración Federal o a través del permisionario postal, reemplazando la referida documentación respaldatoria.

Cuando poseas sucursales u otros establecimientos afectados a la actividad o, cuando siendo responsables de impuesto internos, poseas más de un local afectado al raccionamiento o elaboración de productos gravados, deberás presentar el Formulario N° 561. Este formulario podrá ser impreso ingresando a la consulta de Formularios.

REGISTRACIÓN DE DATOS BIOMÉTRICOS:

Deberás registrar, ante personal de la dependencia, tus datos biométricos (firma, foto y huella dactilar). Además se efectuará el escaneo del documento que acredite tu identidad.
Esta información quedará reflejada en el sistema para una identificación más segura, con el objeto de evitar la utilización de documentación apócrifa y preservar la seguridad jurídica y patrimonial de las personas ajenas a la comisión de dichos fraudes.
De la dependencia AFIP-DGI obtendrás el duplicado del F. 460/F con tu número de CUIT y la constancia de la tramitación de la clave fiscal.

MONOTRIBUTO

¿Cuándo hay que dar el ALTA en Monotributo?

Para iniciar cualquier actividad, debo darme de alta en monotributo antes de empezar a trabajar, ya que no puedo ejercer ningún trabajo si no estoy debidamente inscripto.
- Luego de obtener el CUIT y la Clave Fiscal, ingreso con mi clave fiscal y mi cuit y procedo a:
- aceptar los datos biométricos: ingresando a “aceptación datos biométri-

cos"
- declaro mi actividad económica, dentro del sistema registral. Actualmente el código del acompañante terapéutico en la AFIP es.

Según el caso:

- 869010: Servicios de rehabilitación física (incluye actividades de profesionales excepto médicos: kinesiólogos, fisiatras, etc.)
- 869090: Servicios relacionados con la salud humana n.c.p. (incluye servicios de psicólogos, fonoaudiólogos, servicios de enfermería, terapia ocupacional, bancos de sangre, de semen,etc.)
- 870100: Servicios de atención a personas con problemas de salud mental o de adicciones, con alojamiento
- 870210: Servicios de atención a ancianos con alojamiento
- 870220: Servicios de atención a personas minusválidas con alojamiento
- 870910: Servicios de atención a niños y adolescentes carenciados con alojamiento
- 870920: Servicios de atención a mujeres con alojamiento
- 870990: Servicios sociales con alojamiento n.c.p.
- 880000: Servicios sociales sin alojamiento

Es importante hacer una distinción entre los servicios de rehabilitación, los servicios relacionados con la salud humana y el resto de los servicios: Los dos primeros siguen las los pasos previa orden de un profesional de la medicina. El resto de las actividades no. El ayudante terapéutico elegirá la actividad a inscribirse según el alcance de la actividad que va a desarrollar.

- Dentro en el sistema registral, debes informar tu número de teléfono y tu dirección de correo electrónico, siguiendo los pasos que te van guiando.

- Ingresá a Domicilio fiscal electónico y aceptá los términos para dar de alta el domicilio fiscal electrónico.

- Ingresá a Monotributo y seguí los pasos para darte de alta en monotributo, teniendo especial cuidado en informar la obra social que corresponde a la que estas inscripta o querés inscribirte y el importe que estimas facturar.

- Una vez obtenido el f184 y el f152, si no tienes una cuenta bancaria deberás obtener una (El Banco Nación permite dar de alta una caja de ahorro fiscal que no tiene costo), y dar de alta el home banking para poder abonar el impuesto por via electrónica.

Como se obtiene el CAI, COMO REALIZAR LAS FACTURAS, Y COMO CONFECIONARLAS

Los monotributistas con categoría F (ingresos anuales hasta $ 537.626) o superior deben realizar factura electrónica.
El resto de los monotributistas pueden optar por facturas de imprenta o electrónica.

Para imprimir primero hay que dar de alta el punto de venta ingresando con tu clave a "administración de puntos de venta y domicilio" asignándole a tu domicilio fiscal el código 0001. Luego hay que ingresar a "autorización de impresión de comprobantes", completar la cantidad de comprobantes y el tipo de comprobante a imprimir, e indicar que las facturas no sonde resguardo. Confirmar y enviar a la imprenta para que realice el trabajo de impresión. Una vez recibido el talonario de facturas, indicar en "recepción de CAI" la correcta recepción de las mismas.
Si opta por emitir factura electrónica, luego de dar de alta el punto de venta deberá ingresar a "comprobantes el línea", dar de alta los datos adicionales requeridos y luego en "generar comprobante" seguir los pasos indicados por el sitio.

En la factura deberán constar los datos de emisor (preimpresos) y del receptor, la condición de venta (contado o cuenta corriente) y los datos, cantidad y precio del producto o servicio brindado. El original de la factura será entregado al cliente, y el duplicado queda en tu poder como constancia del servicio realizado.

¿Que es Ingresos Brutos, como el ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO debe presentarlo?

El monotributo es un impuesto cobrado por AFIP, que es un organismo nacional. Pero cada Provincia tiene su propio organismo recaudador. Y uno de los impuestos que cobra es sobre los ingresos brutos. Tal como lo indica su nombre, el total facturado por el contribuyente será la base de cálculo para determinar el impuesto a abonar. Para aquellas personas que desarrollan su actividad en una sola provincia, se inscriben en la provincia en forma local. Aquellos que ejercen su actividad en más de una jurisdicción y por lo tanto deben inscribirse en más de una provincia, se inscribirán en convenio multilateral.

Cada provincia tiene su propio régimen y forma de cobrar este impuesto. Solo veremos los casos de CABA y PBA.
CABA. Existe un régimen simplificado, en el que se inscribe solicitando clave Ciudad en forma personal o generándola con la clave fiscal en la página de AFIP. Este impuesto se abona bimestralmente en banco ciudad o por internet, de acuerdo a la categoría, siempre coincidente con la facturación y con la categoría declarada en AFIP (actualmente es el 3% la alícuota en esta jurisdicción)

PBA: debe iniciar el trámite por internet, contando con la misma documentación exigida por AFIP más el número de partida del impuesto inmobiliario correspondiente al domicilio real (o sea el domicilio del DNI) y luego concurrir a las oficinas de ARBA cercana a su domicilio con la documentación mencionada, para que te dén de alta en el impuesto y la clave CIT para poder operar por internet. Una vez inscripto, generar una declaración jurada mensual y una anual, y abonar en el BAPRO Pagos o por internet el saldo que arroje. Actualmente es el 3.5% la alícuota en esta jurisdicción.

En caso de Convenio Multilateral, su inscripción y presentación de DJ y pagos mensuales y anuales se realiza a través del servicio de clave fiscal de afip, debiendo realizar los pasos según el sistema vaya guiando.

Como debe asesorarse e iniciar el trabajo con el contador.
En general es conveniente por lo menos para la inscripción y primeros pasos el asesoramiento de un contador. Después, según sea la complejidad del caso o la necesidad de comodidad y de no dedicar tiempo a este tema, se contratará o no al Contador con un abono mensual, o abonándole cada vez que necesite de sus servicios.

¿Cómo darse de baja o suspender el mono tributo cuando NO tengo trabajo de AT?

A través del sistema registral, indicando el mes de baja y el motivo (cese de actividad). Confirma el trámite e imprime el comprobante que queda como constancia de la baja.
Inmediatamente deberá también dar de baja en ingresos brutos, siguiendo los pasos en los sitios correspondientes a tal fin.

Capitulo V

BREVE REFERENCIA LEGAL PARA LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

RECOPILACION: Dra. Silvia Biviloni
CPDB T60 F39

Ley 24.901

SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS EN HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPITULO I
Objetivo
ARTICULO 1° — Instituyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

CAPITULO II

Ámbito de aplicación
ARTICULO 2° — Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1° de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas.
ARTICULO 3° — Modifícase, atento la obligatoriedad a cargo de las obras sociales en la cobertura determinada en el artículo 2° de la presente ley, el artículo 4°, primer párrafo de la ley 22.431, en la forma que a continuación se indica:
El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.
ARTICULO 4° — Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura

de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

ARTICULO 6º — Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo a los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente

CAPITULO III

Población beneficiaria

ARTICULO 9º — Entiéndase por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables su integración familiar, social, educacional o laboral.

ARTICULO 10. — A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3º de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas:

ARTICULO 11. — Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

ARTICULO 12. — La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo a las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley.

Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos.

Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.

ARTICULO 13. — Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilita-

dos por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

CAPITULO IV

Prestaciones básicas

ARTICULO 14. — Prestaciones preventivas. La madre y el niño tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social.
En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente.
Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar.
En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

ARTICULO 15. — Prestaciones de rehabilitación. Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que un persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social; a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean estas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios.

En todos los casos se deberá brindar cobertura integral en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

ARTICULO 16. — Prestaciones terapéuticas educativas. Se entiende por pres-

taciones terapéuticas educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de auto valimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico-pedagógico y recreativo.

ARTICULO 17. — Prestaciones educativas. Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza-aprendizaje mediante una programación sistemática específicamente diseñada, para realizarlas en un período predeterminado e implementarlas según requerimientos de cada tipo de discapacidad.
Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

ARTICULO 18. — Prestaciones asistenciales. Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat-alimentación atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante.
Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

CAPITULO V

Servicios específicos
ARTICULO 19. — Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación.
La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.
ARTICULO 20. — Estimulación temprana. Estimulación temprana es el proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

ARTICULO 21. — Educación inicial. Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de

educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

ARTICULO 22. — Educación general básica. Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común.

El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación.

El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

ARTICULO 23. — Formación laboral. Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

ARTICULO 24. — Centro de día. Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

ARTICULO 25. — Centro educativo terapéutico. Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico.

El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

ARTICULO 26. — Centro de rehabilitación psicofísica. Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una Institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

ARTICULO 27. — Rehabilitación motora. Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor.
a) Tratamiento rehabilita torio: las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, osteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación:
b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos: se deberán proveer los necesarios de acuerdo con las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad, la integración social del mismo y según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.
Sistemas alternativos al grupo familiar

ARTICULO 29. — En concordancia con lo estipulado en el artículo 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares.
Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

ARTICULO 30. — Residencia. Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.
La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan, poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir.

ARTICULO 31. — Pequeños hogares. Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requeri-

mientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

ARTICULO 32. — Hogares. Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.
El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

CAPITULO VII

Prestaciones complementarias
ARTICULO 33. — Cobertura económica. Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económicamente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos:
a) Facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir;
b) Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación.
El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y no plazos prefijados previamente en forma taxativa.

ARTICULO 34. — Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley.

ARTICULO 35. — Apoyo para acceder a las distintas prestaciones. Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder a la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social, inherente a las necesidades de las personas con discapacidad.

ARTICULO 36. — Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

ARTICULO 37. — Atención psiquiátrica. La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean estos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación.
Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social.
También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sean psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

ARTICULO 38. — En caso que una persona con discapacidad requiriere, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país, se le reconocerá el costo total de los mismos.

ARTICULO 39. — Será obligación de los entes que prestan cobertura social, el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:
a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;
b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;
c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.

LEY 26.657 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Los derechos de las personas con padecimiento mental, contemplados en la ley N° 26.657 Ley Nacional de Salud Mental y las modificaciones incorporadas en el mismo sentido en el nuevo Código Civil y Comercial vigente desde el año 2015, coincidente mente con el nuevo paradigma de la salud mental que favorece la ampliación de facultades de las personas y el reconocimiento su derecho a tomar decisiones relacionadas a su vida, su atención y cuidado y las alternativas de tratamiento dentro de sus posibilidades.

El marco legal actual garantiza el derecho de la persona que padece una enfermedad mental, sin necesidad de que sea declarado incapaz, y manteniendo su condición de sujeto de derecho, a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, con acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objetivo de asegurar la recuperación y preservación de su salud.
Se reconoce también el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la Integración familiar, laboral y comunitaria.

Siendo el último recurso la internación, sea esta involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma deben ser supervisadas periódicamente por e l juez, en base a estudios e informes médicos periódicos, pues padecimiento mental no debe ser considerado un estado inmodificable, ya que el paciente puede recuperar su capacidad o lucidez.

La persona con enfermedad mental tiene derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe. En caso de que la gravedad de su padecimiento justifique la declaración judicial de incapacidad se le designara un curador o tutor (en el caso de un menor), pero también se reconocen otras alternativas como la designación de una persona que se haga a cargo de su cuidado en los aspectos de la vida que lo requieran, denominada "apoyo" y se admite la posibilidad de que la persona enferma elija quién será el encargado de su cuidado.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Sancionada: 25/11/2010
Promulgada: 02/12/2010

Capítulo I Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II Definición
ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.
Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.
En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.
ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.
ARTICULO 5° — La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III Ámbito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad

competente.
Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.
ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.
ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.
Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.
ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.
ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI Del equipo interdisciplinario
ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.
Capítulo VII Internaciones

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.
ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.
ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.
Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.
ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.
ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un

plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe: a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley; b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o; c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe

proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.
ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 o 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.
ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.
Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.
ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.
ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.
ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.
Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.
ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.
A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental,

será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.
ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.
Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.
ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes.

Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X Órgano de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.
ARTICULO 40. — Son funciones del Órgano de Revisión: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes; f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades; h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación; i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos; j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental; l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.
Capítulo XI Convenios de cooperación con las provincias
ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán: a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley; b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades; c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

ARTICULO 42. — Incorporase como artículo 152 ter del Código Civil: Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.
ARTICULO 43. — Sustituyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.
Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.
ARTICULO 44. — Derogase la Ley 22.914.
ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.
ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

RECLAMOS ADMINISTRATIVOS: INFORMACION DE LA SUPERINTENDENCIA SERVICIOS DE SALUD

Para presentar un reclamo por inconvenientes en la cobertura médico asistencial Ud. puede dirigirse a la sede central o delegación de su obra social y cumplimentar el Formulario A o acercarse a los Centros de Atención de la Superintendencia y cumplimentar el Formulario B.
Resolución 075/98-S.S.Salud
Reclamos en la obra social: Formulario A
Reclamos en la Superintendencia: Formulario B.-Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530
Formulario C o nota: La Superintendencia remitirá al beneficiario una nota como constancia del envío del reclamo a la obra social correspondiente, e informándole de sus derechos y plazos para ejercerlos.
Los formularios se descargan de la página: www.sssalud.gob.ar

¿Cómo presentar un reclamo?

Personalmente, por apoderado, correspondencia a la obra social o a esta Superintendencia, en caso de urgencia, por gestor oficioso, ratificada en 30 días.
Documentación a presentar en todos los casos:
DNI.
CUIL o CUIT.
Últimos recibos de sueldo.
Últimos pagos de mono tributo y/o servicio doméstico.
Últimos pagos de cuota adherente y/o superador.
Carnet de la obra social (en caso de corresponder).
Diagnóstico médico, original y copia.
Prescripción actualizada del médico tratante de la obra social. Toda otra documentación que haga a su derecho; original y copia.
Tenga en cuenta que la superintendencia podrá solicitarle información extra, además de la listada, si la considera necesaria para la atención de su caso.

AMPARO: RECURSO LEGAL PARA PROTEGER LOS DERECHOS ARBITRARIAMENTE VULNERADOS
CUANDO UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD NO OBTIENE LAS PRESTACIONES A LAS QUE TIENE DERECHO PORQUE LAS OBRAS SOCIALES, LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGAS O EL ESTADO LAS NIEGAN O LAS LIMITAN
AGOTADAS LAS INSTANCIAS ADMINISTRATIVAS, SIN OBTENER EL RECONOCIMEINTO DE SU DEREHO Y LAS PRESTACIONES NECESARIAS DEBERÁ PRESENTAR UN RECURSO JUDICIAL DE AMPARO PUEDEN INTERPONER EL RECURSO: Todas las personas que tengan afectado su derecho o un familiar, o los padres en representación de la persona con discapacidad.
El recurso lo elabora por escrito un abogado que deberá presentarlo ante los tribunales con competencia Civil y Comercial Federal.

DOCUMENTACIÓN: Será útil aportar la documentación que avale el reclamo: historia clínica, diagnóstico, prescripción médica del tratamiento o prestación, presupuesto del costo de la cobertura solicitada, cartas documento o reclamos anteriores, certificado de discapacidad si lo tiene.

PROCEDIMIENTO: El recurso de amparo es un juicio breve que tiene por objeto garantizar el acceso a las prestaciones requeridas por la persona.
Usualmente, tras la presentación en el juzgado, el juez ordena de manera provisoria en un breve plazo cumplir con la prestación requerida a través de una medida cautelar, lo que garantizará la cobertura mientras se desarrolla el juicio de amparo.

Luego dará traslado a la parte demandada para que elabore un informe las razones de la negativa previa a reconocer el derecho, o las posibilidades de otorgar la cobertura. Puede suceder que la obra social o prepaga se allane y cumple inmediatamente con la prestación.
Es usual también que el juzgado convoque a las partes a las partes a una audiencia con el objeto de conciliar y llegar a un acuerdo sobre el alcance de la cobertura.
Pueden también pedirse otras pruebas, como un examen médico o un informe previo a resolver en definitiva sobre la procedencia de brindar la prestación que se reclama sea tratamiento médico, gastos de educación, gastos de traslado y transporte, prestaciones sociales, asistencia domiciliaria, acompañante terapéutico, etc...
En general la justicia avala los reclamos y ordena a la obra social o empresa de medicina prepaga o el Estado dar la prestación o el tratamiento, en caso de que no lo cumpla pese a la sentencia que lo condena se aplica una multa para conminar su cumplimiento.

Capitulo VI

SEGUROS

PASOS A SEGUIR PARA SOLICITAR SEGURO DE MALA PRAXIS PROFESIONAL

AUTORA: JULIA FARINA Productora Asesora de Seguros
Mat 84793

1. Contactarse con un Productor Asesor de Seguros
2. Se les solicitaran sus datos personales
3. Estipular el monto asegurado
4. La emisión de la póliza demora apróximamente 72hs.
5. Vigencia de la póliza es de 12 meses.
6. Son económicas, no superan los $300
7. A trabajar tranquilo.

Presupuesto de Seguro Médico Individual

SMG SEGUROS

Fecha: 30/05/2018

Productor: 8645 - LOVERA MIRANDA SOFIA

Presupuesto de Seguro de Médicos Individual

Asegurado

Vigencia Desde: 30/05/2018 12:00:00 a.m. Nro.Cotización: 869595 Plan de póliza: POLIZA NORMAL

Vigencia Hasta: 30/05/2019 12:00:00 a.m.

Valores a cubrir

PAGO

Nombre: MENDEZ, DIEGO HERNAN Dirección: 0 (CABA - CABA)
Telefono: Número de Documento/CUIT: 20314785690
Mail:
Posicion ante el IVA: INSCRIPTO Envio de poliza por mail: No
Suma Asegurada: $ 500.000,00 Ajuste de Prima: S/C 10 cuotas de $ 220, 63
Medio de pago: CBU Cant. días: 365

DATOS DE LA COBERTURA

Especialidad Principal: ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO (ADICC / PSIQUIA)
Especialidad Secundaria:

Antecedentes Academicos

Título-Universidad-Año:

Historial Siniestral

Especialidad/es: -
Rel. Contractual - Lugar/es: Relación de dependencia -

PRIMA	REC. FINANCIERO	IMPUESTOS	PREMIO	CUOTA
No posee.				
$ 1.570,00	$ 235,50	$ 400,83	$ 2.206,33	$ 220,63

Firma del Asegurado: Firma del Productor:

N° Declaración:
Esta cotización tendrá una validez de 15 días corridos a partir de la fecha.

Esta cobertura de Responsabilidad Civil Profesional está destinada a amparar a profesionales de la salud e Instituciones por reclamos de terceros fundados en errores, fallas o negligencias en actos médicos durante el desempeño de su actividad.

La póliza de SMG Seguros contempla el siguiente alcance en la prestación:

- Sin Franquicia o deducibles
- Doble reposición automática de Suma Asegurada
- Extensión de período de denuncias por tiempo ilimitado y a costo fijo
- Emisión gratuita del Endoso de Extensión de período de denuncias en caso de muerte, incapacidad absoluta o cese de actividad médica del asegurado (luego de 5 años consecutivos de permanencia)

Cobertura:

- Asistencia Médico Legal por situaciones derivadas de hechos médicos.
- Defensa Civil y Penal ante reclamos en instancia judicial.
- Indemnización por transacciones extrajudiciales realizadas por el Asegurador para resistir las pretensiones de damnificados y/o sus derechohabientes.
- Indemnización por condena en juicios del ámbito civil.
- Asistencia en mediaciones y tribunales éticos por cuestionamientos en el desempeño profesional (imputación de mala praxis médica).

Centro PsicoSocial Argentino

elcentroargentino@yahoo.com.ar
4951-3842
(12 a 20 hs)
114970-5299