

ANEXO 1

1.A. REQUISITOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Para integrar el padrón de prestadores del Instituto, el Acompañante Terapéutico deberá acreditar los siguientes requisitos, conforme la Ley 8.249:

- 1) Ser argentino/a, natural, naturalizado o por opción.
- 2) Ser mayor de edad.
- 3) Poseer título habilitante expedido por universidad, instituto universitario o instituto superior no universitario, estatal o privado reconocido, nacional, provincial o extranjero cuando las leyes le otorguen validez (Art. 6° Ley 8.249).
- 4) Contar con matrícula vigente otorgada por el registro a cargo del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta (Art. 2° y 15° Ley 8.249).
- 5) Poseer cobertura de Responsabilidad Civil profesional vigente.
- 6) Encontrarse inscripto ante los organismos fiscales correspondientes (ARCA y DGR), con registro de actividad relacionada con la salud humana.
- 7) Presentar la siguiente documentación:
 - Currículum Vitae.
 - Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso).
 - Copia certificada del título habilitante.
 - Constancia de matrícula expedida por el Ministerio de Salud Pública.
 - Constancia de cobertura de Responsabilidad Civil.
 - Constancia de inscripción ante ARCA y DGR.
 - Certificado de buena conducta, actualizado anualmente.
 - Certificado de residencia actualizado.
 - Certificado de Aptitud Psicofísica expedido por un organismo de Salud Pública, con vigencia de dos (2) años.

La suspensión o cancelación de la matrícula determinará la baja automática del prestador del padrón. El prestador deberá comunicar al Instituto, dentro de los diez (10) días, cualquier modificación de los datos consignados al momento de la inscripción.

1.B. PLAN DE TRABAJO BÁSICO DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Fundamentación

Conforme el artículo 3° de la Ley 8.249, el Acompañante Terapéutico tiene como misión brindar atención personalizada al paciente con patología de exclusión, en la cotidianeidad, con el fin de colaborar en la recuperación de la salud, la calidad de vida y la reinserción social, dentro de un marco interdisciplinario. Su labor es complementaria del equipo de salud e integra siempre una estrategia terapéutica.

Objetivos

- Favorecer la adherencia del paciente al plan terapéutico indicado por el equipo o profesional tratante.
- Acompañar al paciente en el desarrollo de su autonomía progresiva.
- Contribuir a la reinserción social, educativa, laboral y comunitaria del paciente.
- Facilitar el vínculo entre el paciente, su familia y el equipo asistencial.
- Acompañar al paciente en su tránsito por dispositivos asistenciales, ambulatorios o institucionales.
- Colaborar en la prevención de recaídas y en la detección temprana de signos de descompensación.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales del paciente.
- Estimular la integración del paciente en actividades terapéuticas, recreativas y comunitarias indicadas por el equipo tratante.

Deberes

- Ejercer su profesión mediante la solicitud expresa y las indicaciones escritas de los profesionales que integran el equipo de salud, responsables del tratamiento del paciente.
- Prestar colaboración con el equipo o profesional tratante, ajustándose a las reglas de organización familiar o institucional que no atenten contra la terapia indicada para el caso.
- Informar periódicamente al equipo o profesional tratante sobre la evolución del paciente.
- Guardar secreto profesional y sostener el principio de confidencialidad.

- Mantener una relación estrictamente profesional durante el acompañamiento y asistencia, tanto con el paciente como con la familia.
- Dispensar trato respetuoso, amable y considerado con el paciente y su familia.
- Consensuar un encuadre laboral con el paciente y la familia del mismo.
- Llevar registro y comunicar fehacientemente al profesional médico y/o responsable del equipo interdisciplinario, el cumplimiento del proyecto terapéutico y su revisión constante, para el tratamiento de la persona asistida y sobre el desenvolvimiento de éste en su ámbito familiar y social.
- Poner en conocimiento del equipo tratante y, en su caso, de las autoridades competentes, toda situación que pueda interpretarse o entenderse contraria a derecho en perjuicio del paciente, en particular las relacionadas con protección contra la violencia familiar.
- Respetar la voluntad del paciente cuando sobreviniere su negativa a proseguir su atención y comunicar de inmediato esta situación al equipo, profesional tratante o a la autoridad competente.
- Cursar permanente capacitación e informarse respecto de los progresos concernientes a su disciplina, a los fines de actualizar su idoneidad en el ejercicio de la profesión.

Observaciones

- El Acompañante Terapéutico no realiza servicio doméstico ni tareas de cuidado físico, asistencia en actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene, vestimenta), enfermería ni cualquier otra labor propia de otras figuras profesionales.
- El Acompañante Terapéutico no podrá superar las doce (12) horas diarias, fraccionadas o consecutivas.
- La cobertura superior a doce (12) horas diarias sólo podrá ser autorizada de forma excepcional y por única vez, por la Coordinación Ejecutiva Prestacional.
- Como prestación continua, deberá avisar con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación al familiar y/o responsable cualquier cambio en la modalidad de atención.

1.C. COMPOSICIÓN Y VALORACIÓN MENSUAL DE LOS MÓDULOS DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Sistema de Prestaciones Básicas:

Código	Carga horaria
37.26.01	4 horas
37.26.02	6 horas
37.26.03	8 horas
37.26.04	12 horas

El valor hora de la prestación de Acompañante Terapéutico será el resultante de la división del valor del módulo integral intensivo en cinco (5) y luego en ocho (8).

La cobertura de más de doce (12) horas de Acompañante Terapéutico sólo podrá ser autorizada de forma excepcional y por única vez, por la Coordinación Ejecutiva Prestacional.

No se autorizarán dos o más códigos simultáneos para un mismo afiliado.

1.D. CIRCUITO OPERATIVO

- 1) **Solicitud.** Los familiares del afiliado deberán concurrir a la Junta de Admisión presentando los formularios de solicitud (Anexo 3 - Planilla de Autorización) conformados por el médico tratante, la Planilla de Contención Familiar completada por el grupo familiar del afiliado, y la documentación complementaria que la auditoría requiera.
- 2) **Auditoría en terreno.** Recibida la solicitud, se realizará auditoría en terreno por personal idóneo del Instituto, conforme el Anexo 3 - Planilla de Auditoría IPS, con valoración de la funcionalidad y autonomía del paciente.
- 3) **Autorización.** Evaluadas las constancias, se autorizará la prestación correspondiente, indicando módulo y carga horaria conforme determine la auditoría.

- 4) **Emisión de bonos.** La orden se generará a nombre del prestador, lo que permitirá al sistema informático bloquear la liberación de bonos en aquellos casos que superen el tope diario de horas.
- 5) **Auditorías periódicas.** Se realizarán auditorías en terreno conforme cronograma a determinar por el Instituto, y reevaluación semestral del afiliado, con eventual prórroga, modificación o cese de la prestación.
- 6) **Facturación.** La prestación deberá ser facturada con la Ficha de Control (Anexo 3) y el bono correspondiente, presentada en forma mensual.

2.1. PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICAS DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

PLANILLA DE AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICAS DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO <i>(completada por médico tratante, terapeuta o especialista — Art. 4° Ley 8.249)</i>	
Correspondiente al período: desde ____/____/____ hasta ____/____/____	
En caso de prórroga, indicar fecha de inicio de prestación: ____/____/____	
DATOS DEL AFILIADO	
Apellido y Nombre: _____ Edad: _____	
Afiliado N°: _____ Teléfono: _____	
Domicilio _____ de _____ la _____ prestación: _____	
MÉDICO TRATANTE / TERAPEUTA / ESPECIALISTA	
Apellido _____ y _____ Nombre: _____	
Especialidad: _____	
Matrícula N°: _____ Teléfono: _____	
DIAGNÓSTICO Y FUNDAMENTACIÓN	
Diagnóstico: _____	
HISTORIA CLÍNICA (patología primaria, asociadas y complicaciones): _____	
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y MODALIDAD SOLICITADA (Art. 3° y 9° Ley 8.249)	

Objetivos terapéuticos del acompañamiento:			
Modalidad: ☐ Institucional ☐ Domiciliaria ☐ Ambulatoria			
Duración	estimada	del	tratamiento:
Carga horaria sugerida: ☐ 4 hs ☐ 6 hs ☐ 8 hs ☐ 12 hs			
Otras observaciones:			
Firma y sello del profesional:			

2.2. PLANILLA DE CONTENCIÓN FAMILIAR

El presente formulario reviste el carácter de DECLARACIÓN JURADA, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato.

PLANILLA DE CONTENCIÓN FAMILIAR (completada por la familia — carácter de DECLARACIÓN JURADA)																																																	
Apellido y Nombre: _____	Afiliado N°: _____																																																
DATOS DE LA VIVIENDA																																																	
Domicilio: _____	Localidad: _____ _____																																																
Ubicación (zona/barrio): _____	Cantidad de dormitorios: _____																																																
Tipo de construcción: ☐ Casa ☐ Departamento ☐ Otro: _____																																																	
GRUPO FAMILIAR (personas que conviven con el afiliado)																																																	
<table border="1"><thead><tr><th>N°</th><th>Apellido y Nombre</th><th>Parentesco</th><th>Edad</th><th>Ocupación</th><th>Horario</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>2</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>3</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>4</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>5</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>6</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>7</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>		N°	Apellido y Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Horario	1	_____	_____	_____	_____	_____	2	_____	_____	_____	_____	_____	3	_____	_____	_____	_____	_____	4	_____	_____	_____	_____	_____	5	_____	_____	_____	_____	_____	6	_____	_____	_____	_____	_____	7	_____	_____	_____	_____	_____
N°	Apellido y Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Horario																																												
1	_____	_____	_____	_____	_____																																												
2	_____	_____	_____	_____	_____																																												
3	_____	_____	_____	_____	_____																																												
4	_____	_____	_____	_____	_____																																												
5	_____	_____	_____	_____	_____																																												
6	_____	_____	_____	_____	_____																																												
7	_____	_____	_____	_____	_____																																												
¿Quién cuida actualmente al afiliado, cuántas y cuáles horas, y cuáles son las tareas que realiza?																																																	
Describe en forma breve el ámbito donde se realiza la asistencia:																																																	

¿Tiene contacto con otros familiares, vecinos, amigos? Describa:

¿Tiene otras prestaciones autorizadas por el IPS actualmente? ¿Cuáles?

¿Tiene relación con otras Obras o Servicios Sociales?

Nombre y Apellido del responsable:

DNI: _____

Tel.: _____

Otros datos de interés:

Firma del responsable: _____

2.3. FORMULARIO DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN PARA AFILIADOS CON COBERTURA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO	
DATOS PERSONALES	
Apellido y Nombre: _____	Estado civil: _____
Edad: _____ años Fecha de nacimiento: ____/____/____	Fecha de evaluación: ____/____/____
Diagnóstico: _____ _____	
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ENTORNO	
ACTITUD GENERAL DEL PACIENTE	
Permanece alerta: ☐ Sí ☐ No	Se moviliza solo: ☐ Sí ☐ No
Usa: ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas ☐ Andador	Atención: ☐ Sostenida ☐ Intermitente
LENGUAJE	
Lenguaje expresivo: ☐ Fluido Vocabulario: ☐ Escaso ☐ Bueno ☐ Muy bueno Lectura: ☐ Sí ☐ No Copia: ☐ Sí ☐ No	
Lenguaje comprensivo: • Responde a su nombre: ☐ Sí ☐ No • Se ubica en el tiempo: ☐ Sí ☐ No ☐ Con dificultad • Se orienta en el espacio: ☐ Sí ☐ No ☐ Con dificultad • Esquema corporal: ☐ Sí ☐ No ☐ Con dificultad • Memoria: _____	
ALIMENTACIÓN	

Se alimenta en forma: ☐ Dependiente ☐ Semidependiente ☐ Independiente Utiliza: ☐ Utensilios ☐ Cubiertos ☐ Vaso ☐ Otros: _____ Presenta dificultad en la deglución: ☐ Sí ☐ No	
HIGIENE	
Se higieniza en forma: ☐ Dependiente ☐ Semidependiente ☐ Independiente Hábitos de higiene: _____	
Realiza actividades del hogar: ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles?: _____ _____	
RECREACIÓN / HABILIDADES (+)	
OBJETIVOS	
PLAN TERAPÉUTICO	
Fecha: ____/____/____	Período: _____
Afiliado: _____	Acompañante Terapéutico: _____
Objetivos del tratamiento: 	

2.4. PLANILLA DE AUDITORÍA IPS

PLANILLA DE AUDITORÍA IPS		
VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE		
ÍTEM	PUNTAJE	Firma y sello del Profesional
Alimentación		
Vestido		
Aseo		
Uso del baño (y continencia)		
Desplazamiento		
TOTAL		
<i>Ponderación: Supervisión: 3 Asistencia mínima: 2 Asistencia máxima: 1</i>		
Trastornos de conducta: ☐ Sí ☐ No Detalle: 		
Otras observaciones: 		
MÓDULO SOLICITADO: _____		
DATOS DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO		
Apellido y Nombre: _____		

DNI: _____

N° de Matrícula (Ministerio de Salud Pública):

Título habilitante:

Institución _____ otorgante:

Fecha: ____ / ____ / ____

Domicilio _____ profesional:

Teléfono: _____