

INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 9.10.02

**Unidad de Coordinación de Políticas Sociales
en Adicciones**

Periodo bajo examen 2009-2010

Buenos Aires, Noviembre de 2012

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Av. Corrientes 640 - 6to. Piso -
Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Presidente:

Dra. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales:

Lic. Eduardo Epszteyn

Dr. Santiago De Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marco

Dra. Paula Oliveto Lago

Código del proyecto: 09.10.02

Nombre: Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.

Tipo de Auditoria: de Gestión

Período bajo examen: Ejercicios fiscales finalizados al 31/12/2009 y al 31/12/2010 (Ver Apartado Aclaraciones Previas 6.1)

Equipo designado:

Director de Proyecto (hasta diciembre de 2011): Dra Mirta Catelan

Director de Proyecto (desde enero hasta octubre de 2011): Mg. Natalia Jauri

Supervisor de Equipo: Dr. Contador Eduardo Favilla

Objeto: Programas: 60 - Observatorio en adicciones, actividad 3; 61 – Prevención, actividad 3 Centro de Prevención Comunitario; 62 Asistencia y Reinserción de personas, actividad 3 y Programa 71 Políticas Sociales en Adicciones

Objetivo: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de los programas 60 Observatorio de Adicciones, 61 Prevención, 62 Asistencia y Reinserción de personas, por el ejercicio fiscal al 31/12/2009 y el Programa 71 por el ejercicio fiscal al 31/12/2010 (Ver apartado 6.1) de Aclaraciones Previas.)

Alcance: Evaluar el cumplimiento del Presupuesto físico aprobado, de los objetivos previstos y otros indicadores de gestión.

Unidad ejecutora: N° 485 – Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones (actualmente Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones) (Ver apartado 6.2 de Aclaraciones Previas).

Aprobado por unanimidad en Sesión de Colegio de Auditores de fecha 21/11/2012.

RESOLUCION AGC N° 370/12

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión del Informe de Auditoría	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Noviembre de 2012
Código del Proyecto	9.10.02
Denominación del Proyecto	Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones
Periodo	2009 y 2010
Tipo de Auditoría	Auditoría de Gestión
Programa	2009: Programas Nº 60 “Observatorio de Adicciones”, 61 “Prevención” y 62 “Asistencia y Reinserción”
Unidad Ejecutora	2010: Programa Nº 71 “Políticas Sociales en Adicciones”
Dependencia	Unidad Ejecutora 477 Subsecretaría de Promoción Social Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Principales Conclusiones	La gestión respecto de la lucha contra las adicciones se ve incidida tanto por factores externos como por factores internos que impiden el logro de los objetivos del programa sobre una situación tan problemática y delicada como es el consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad. Entre los factores externos se ha comprobado la ausencia de una política integral y sistemática tal como lo establece la Ley 2318/GCABA/07 y el Decreto 484/GCABA/10, por la falta del efectivo control del Plan Integral de lucha contra el consumo de sustancias psicoactivas, así como la falta de efectiva implementación del “Comité Interministerial” respectivamente. Esto produce que, en especial, los Ministerios de Desarrollo Social, el de Salud y el de Educación, se desenvuelvan con un esfuerzo individual y

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	con iniciativas personales, sin considerar que, con un trabajo mancomunado, inserto en un proceso regulable, con una visión de conjunto que aseguren que los cursos de acción adoptados en cada momento sean la decisión más adecuada de ese momento y con una coordinación centralizada, se lograrían mejores resultados sobre una problemática tan compleja. Entre los factores internos, se destacan las fallas en la organización y la inexistencia de controles internos especialmente a lo que se refiere al programa de “Atención y Reinserción de Personas”, impidiendo la medición de las metas presupuestadas y el seguimiento de los tratamientos a los que son sometidos los pacientes. En línea con lo antedicho, y a partir de la muestra utilizada, no se ha comprobado que la rehabilitación sea un proceso exitoso, si bien debe tenerse en cuenta la poca antigüedad del programa sujeto a control y por ende, el conocimiento sobre el que se basa el diagnóstico del problema. Adicionalmente, la falta de documentación que respalda los convenios firmados con las comunidades terapéuticas, merecen una revisión por parte de la Dirección General, orientada a reducir los riesgos legales que se pudieran producir, con un impacto directo en la responsabilidad del funcionario y por ende en la gestión de los ejercicios fiscales sujetos a control.
Objeto	Programas: 60 - Observatorio en adicciones, actividad 3; 61 – Prevención, actividad 3 Centro de Prevención Comunitario; 62 Asistencia y Reinserción de personas, actividad 3 y Programa 71 Políticas Sociales en Adicciones
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de los programas 60

	Observatorio de Adicciones, 61 Prevención, 62 Asistencia y Reinserción de personas, por el ejercicio fiscal al 31/12/2009 y el Programa 71 por el ejercicio fiscal al 31/12/2010 (Ver apartado 6.1) de Aclaraciones Previas.)
Principales Observaciones	1) La falta de la efectiva implementación del Comité Interministerial establecido en el artículo 5º del Decreto 484/10 dificulta la planificación y articulación entre los distintos organismos del Estado dedicados a la temática en adicciones, necesarias para garantizar una política integral y su efectiva supervisión. 2) Se ha detectado que algunas Comunidades Terapéuticas no han presentado la totalidad de la documentación necesaria para la firma del convenio con la Ciudad. 3) Visitas de Supervisión. De las evidencias recogidas, se ha constatado que, durante el ejercicio 2009 no se han hecho visitas de control y en el ejercicio 2010 se realizaron 21 visitas a las Comunidades Terapéuticas. 4) Informes de Supervisión. Los informes de supervisión confeccionados por la DGPSA sobre la tarea de las Comunidades Terapéuticas no contienen la información necesaria para poder monitorear el evolutivo del paciente.) 5) El cuestionario de relevamiento arrojó como resultado que la DGPSA no tiene conocimiento de la Demanda Potencial y la Demanda Insatisfecha por los ejercicios 2009 y 2010, con respecto a la problemática en adicciones. Esta información es de particular importancia toda vez que, será útil para optimizar el desarrollo de herramientas, la evaluación presupuestaria especialmente en lo que se refiere a los recursos

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	necesarios con el objeto de mejorar la gestión del programa, así como también la implementación de mejoras a partir del mayor conocimiento que se adquiriera sobre el tema. 6) La administración de los legajos de admisión detenta fallas que evidencian la falta de eficacia en el manejo de esta importante documentación. 7) Del análisis realizado a los informes de supervisión confeccionados por la DGPSA a las comunidades terapéuticas, la AGCBA ha tomado conocimiento que, con fecha 14/4/2010 se produjo el suicidio de un paciente que estaba internado en la Comunidad Terapéutica Centro Juvenil Esperanza Asociación Civil. Al respecto se solicitó a la DGPSA mediante nota AGCBA N° 121/11 del 15/9/2011 información detallada sobre el tema. Luego de haberse analizado el caso y las acciones llevadas a cabo, se concluyó que la documental presentada carece de los siguientes atributos: a) Faltan las firmas y los sellos de los profesionales intervinientes de la DGPSA en las entrevistas realizadas al resto de los residentes de la Comunidad Terapéutica el 16/4/2010. b) Faltan las firmas y los sellos en las copias de las notas emitidas por la DGPSA al Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y a la Asesoría Tutelar N°1 a las que el equipo de auditoría tuvo acceso. c) No se acredita que se haya llevado a cabo el tratamiento de psicoterapia individual del resto de los residentes, de acuerdo a lo recomendado por el profesional psicólogo en su informe del 16/4/2010. 8) En 10 de 14 casos que representan el 71,43% de los
--	--

	casos en que se trata de atención a menores no se acredita el cumplimiento del artículo 2 del Decreto 1527/03 y el artículo 73 de la Ley 114 que obliga a las entidades públicas a informar al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes la internación del mismo. 9) No se hallaron evidencias que las comunidades terapéuticas propias de la Ciudad hagan informes mensuales a la Dirección del Programa 62 tal como lo hacen las ONG's conveniadas. 10) Las pruebas efectuadas sobre los Legajos de Admisión demostraron la existencia de desprolijidades, fallas en los controles internos y en las tareas de supervisión dificultando el seguimiento del tratamiento de los pacientes. 11) Se ha detectado una diferencia de \$1.504.045,64 en los pagos realizados a las comunidades terapéuticas según la contabilidad y que no figuraban en el listado de la DGPSA.
--	---

**Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 9.10.02
Unidad Coordinación Políticas Sociales en Adicción**

DESTINATARIO

Señora

Presidente

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Lic. María Eugenia Vidal

S / D

1. INTRODUCCION

En uso de las facultades conferidas por la Ley N° 70, artículos 132 y 136 de la Ciudad de Buenos Aires, relacionadas con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES procedió a efectuar un examen a los Programas Presupuestarios N° 60, 61 y 62 “Observatorio en Adicciones”, “Prevención” y “Asistencia y Reinserción de Personas” respectivamente, correspondiente Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones (actualmente Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones), Subsecretaría de Promoción Social, ésta última dependiente de la Jurisdicción 45 - Ministerio de Desarrollo Social, por los períodos fiscales comprendidos entre el 1/1/2009 al 31/12/2009, y el 1/1/2010 y el 31/12/2010 con el objeto que a continuación se detalla.

2. OBJETO

Programas: 60 - Observatorio en adicciones, act 3; 61 – Prevención, actividad 3 Centro de Prevención Comunitario; 62 Asistencia y Reinserción de personas actividad 3, por el ejercicio fiscal al 31/12/2009 y el Programa 71 por el ejercicio fiscal al 31/12/2010 (Ver apartado 6.1) de Aclaraciones Previas.)

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Los presupuestos y las ejecuciones presupuestarias y las metas auditadas son las que a continuación se detallan:

- 1) Presupuesto y Ejecución Presupuestaria 2009. Sumatoria de los programas 60,61 y 62:¹

CUADRO 1
TOTAL DEL PRESUPUESTO 2009

INCISO	DESCRIPCION	CREDITO DE SANCION	MODIFICACIONES	CREDITO VIGENTE AL 31/12/2009	DEVENGADO
1	Gastos en Personal	0,00	273.390,00	273.390,00	205.461,63
2	Bienes de Consumo	1.367.000,00	-569.541,00	797.459,00	721.529,53
3	Servicios no Personales	4.102.380,00	-3.890.436,00	211.944,00	193.772,82
4	Bienes de Uso	35.000,00	0,00	35.000,00	0,00
5	Transferencias	4.550.000,00	-637.700,00	3.912.300,00	3.572.397,52
Total		10.054.380,00	-4.824.287,00	5.230.093,00	4.693.161,50

Fuente: Información obtenida a partir de la elaboración de los datos aportados por la Contaduría de la Ciudad. (Ver Observación 24)

- 2) Presupuesto y Ejecución Presupuestaria 2010. Programa 71

CUADRO 2
TOTAL DEL PRESUPUESTO 2010

INCISO	CREDITO DE SANCION	MODIFICACIONES	CREDITO VIGENTE AL 31/12/2010	DEFINITIVO	DEVENGADO	% Defin/ Vigente	% Deven/ Vigente
1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
2	907.500,00	-96.035,00	811.465,00	601.192,67	601.192,67	74.09	74.09
3	3.118.441,00	-207.326,00	2.911.115,00	2.835.200,67	2.777.600,67	97.39	95.41
4	20.000,00	3.000,00	23.000,00	18.670,00	18.670,00	81.17	81.17
5	8.722.000,00	-1.668.700,00	7.053.300,00	7.022.264,20	7.022.264,20	99.56	99.56

¹ Ver punto 6.4) del Apartado de Aclaraciones Previas con el desagregado presupuestario de los programas 60,61 y 62.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

TOTAL	12.767.941,00	-1.969.061,00	10.799.017,00	10.477.327,54	10.419.727,54	97,02	96,48
-------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	-------	-------

Fuente: Información obtenida de la “Cuenta de Inversión 2010 Corregida”²

3) Metas Presupuestadas en el Ejercicio 2009 y en el ejercicio 2010

CUADRO 3

METAS APROBADAS POR LA LEGISLATURA DE LA CABA

AÑO	VARIABLE	DENOMINACION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
2009	Meta	Taller de Rehabilitación Realizados	Talleres Realizados	5.400
2010	Meta	Rehabilitación de Adicciones	Beneficiario	17.300

Fuente: Presupuesto aprobado por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. OBJETIVO DE AUDITORÍA

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de los programas 60 Observatorio de Adicciones, 61 Prevención, 62 Asistencia y Reinserción de Personas al 31/12/2009 y el Programa 71 por el ejercicio fiscal al 31/12/2010 (Ver apartado 6.1) de Aclaraciones Previas)

4. ALCANCE

4.1.- Procedimientos de auditora aplicados:

Los procedimientos de auditoria aplicados que fueron base para el desarrollo de la labor de la AGCBA y los que permitieron obtener la evidencia que respalda la opinión, fueron los siguientes:

- 1) Recopilación, análisis y evaluación de la normativa aplicable a los programas auditados.
- 2) Relevamiento de los programas 60 “Observatorio”, 61 “Prevención” y 62 “Asistencia y Reinserción e Personas”.

² Información enviada a la AGCBA con fecha 15/09/2011 por la Dirección General de Contaduría General (DGCG).

- 3) Entrevistas con el Subsecretario, el Director de los Programas y los Directores Operativos.
- 4) Relevamiento de la estructura organizacional.
- 5) Estudio y análisis del material entregado en respuesta a las notas cursadas.
- 6) Circularización a la Direcciones Generales de Contaduría y Tesorería de la Ciudad con el objeto de analizar los pagos efectuados a las Organizaciones no Gubernamentales
- 7) Obtención y análisis del universo de subsidios abonados a las Comunidades Terapéuticas (ONG's) según la información obtenida de la Dirección General de Contaduría.
- 8) Determinación de una muestra del universo mencionado en el punto anterior. (ver apartado 4.2)
- 9) Análisis de la muestra con los expedientes de las Ordenes de Pago en la Dirección General de Contaduría
- 10) Análisis de la muestra de pagos con los expedientes respaldatorios en la Dirección General de Tesorería.
- 11) Solicitud a la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones de un listado con el detalle de las Organizaciones no Gubernamentales con las cuales se había firmado un convenio para el tratamiento a los residentes con adicciones.
- 12) Revisión de la documentación de la situación legal de las ONG's (personería jurídica, inscripciones, etc)
- 13) Revisión de los informes de supervisión que hace la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (en adelante DGPSA) en las comunidades terapéuticas.
- 14) Análisis de una muestra de los Legajos de Admisión³ de los residentes atendidos.

³ Ver apartado 6.5)

- 15) Revisión de las metas alcanzadas por la DGPSA en el período auditado.
- 16) Cruce del universo de pagos según la información obtenida de las Direcciones General Técnica Administrativa y Legal de los Ministerios de Hacienda y de Desarrollo Social con la ejecución presupuestaria.
- 17) Análisis de las Modificaciones de la Ejecución Presupuestaria (MP)
- 18) Se efectuaron las siguientes circularizaciones a entidades públicas de la CABA: a los Ministerios de Educación y de Salud, al Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes y a la Defensoría del Pueblo.
- 19) Visitas a las comunidades terapéuticas propias de la Ciudad.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 27/12/2010 y el 27/9/2011

4.2. Universo auditado y determinación de la muestra

Para el análisis de la gestión de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, se utilizaron dos muestras de auditoria a saber:

- a) **Muestra de los residentes atendidos:** El alcance de esta muestra fue analizar los Legajos de admisión de los Residentes⁴ seleccionados y emitir una opinión sobre los distintos tipos de controles internos llevados a cabo por la DGPSA. Al respecto sobre un universo de 1260 residentes atendidos durante los ejercicios 2009 y 2010, la fórmula del muestreo estadístico – aleatorio, arrojó una muestra de 24 casos sobre la base de un grado de confianza del 95% y un margen de riesgo del 20% (indica el grado de ocurrencia de un atributo). (Ver Aclaración Previa 6.8 Reserva de Identidad)

⁴ Luego de analizado el control interno y los circuitos administrativos, la DGC de Desarrollo Social de la AGCBA decidió tomar un margen de riesgo del 20%, toda vez que la tendencia, el esquema sistemático de la organización y de trabajo del Programa 62 de la DGPSA, exteriorizó que la muestra determinada era representativa del comportamiento del universo auditado.

b) Muestra de las transacciones por pagos a las comunidades terapéuticas (inciso 5 Transferencias en términos de la contabilidad de la Ciudad): En este caso, a la aplicación del muestreo estadístico – aleatorio, para los ejercicios 2009 y 2010, los cuales en su conjunto representaron 380 transacciones para la totalidad del universo sujeto a control se le agregaron casos por criterio del auditor sobre la base de su significatividad económica⁵. De la misma forma que en el caso anterior la parametrización del muestreo estadístico fue de un nivel de confianza del 95% y un margen de riesgo del 20%. Así determinado, el muestreo se compuso de 53 casos. (En el Anexo III se expone el listado de la muestra obtenida)

El siguiente cuadro explicita la materialidad de los criterios adoptados por el auditor

Mecanismo de selección	Ejercicios fiscales		Total
	2009	2010	
Muestreo Estadístico	394.089,00	666.502,50	1.060.591,50
Criterio del Auditor	918.000,00	702.270,00	1.620.270,00
Total de la muestra	1.312.089,00	1.368.772,50	2.680.861,50
Total del universo Inciso 5)	3.572.397,52	7.022.264,20	10.594.661,72
% de representatividad de la muestra	36,73	19,49	25,30

b-1) Criterios adoptados para concentrar el análisis presupuestario sobre la muestra de pagos respecto del inciso 5) “Transferencias”: Ver cuadros 3 á 5 del punto 6.4) de Aclaraciones Previas.

⁵ Considérese que la diversidad de los montos que componen el universo de pagos se debe a que en los convenios firmados con las ONG´s figuran dos modalidades de contratación. a) Internación, con un monto diario y per cápita b) ambulatorio, con un monto diario y per cápita menor. La cantidad de pacientes derivados en forma mensual y su modalidad conforman el total del pago autorizado por la DGPSA

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

❖ **Respecto del ejercicio 2009:** La metodología para la determinación de la muestra de auditoría fue verificar que el programa 62 representaba el 90.12% de los gastos presupuestarios, de los tres programas auditados (60,61 y 62)⁶. Posteriormente, mediante la comparación entre los distintos incisos presupuestarios⁷ del programa 62 se concluyó que el inciso 5 “Transferencias” representaba el gasto de mayor incidencia con el 84,47%.

Consecuentemente, los principales procedimientos de auditoría fueron concentrados en el inciso 5 “Transferencias” del programa 62 (Asistencia y Reinserción de Personas)

❖ **Respecto del ejercicio 2010:** En este período el inciso 5 “Transferencias” tuvo una incidencia presupuestaria del 67,39%. Al respecto, y en mérito a la brevedad, se reproducen las mismas consideraciones del párrafo anterior.

Finalmente y de acuerdo a las presentes consideraciones, se ha concluido que, siendo la presente una auditoría de Gestión, el área crítica y por ende, la de mayor riesgo de control, es la de “Asistencia y Reinserción de personas”.

Para una mejor interpretación de los párrafos precedentes, considérese que, el Nomenclador Presupuestario, o sea la norma que clasifica presupuestariamente a los recursos y gastos de la Ciudad, define al inciso 5 “Transferencias” como aquellos *“gastos que corresponden a transferencias que no suponen la contraprestación de bienes o servicios y cuyos importes no son reintegrables por los beneficiarios”*.

⁶ Ver apartado 2) Objeto de la auditoría

⁷ Se denominan incisos presupuestarios a la nomenclatura numérica que identifica los gastos realizados en la contabilidad pública: Ejemplo: Inciso 1 Gastos en Personal, Inciso 2 Bienes de Consumo, Inciso 3 Servicios no personales, Inciso 4 Bienes de Uso, Inciso 5 Transferencias.

5. LIMITACIONES AL ALCANCE⁸

- a) Durante el desarrollo de la labor no se ha podido compulsar la totalidad de la documentación solicitada a la Dirección General de Contaduría de la Ciudad. En efecto, de los 53 expedientes que componen la muestra, no se ha puesto a disposición de la AGCBA 19⁹ expedientes que representan el 35,19% de la muestra auditada. En la observación N° 22 a) se expone el efecto que tuvo esta situación en las Conclusiones del presente trabajo. (Ver Anexo IV con el detalle de los expedientes no puestos a disposición)
- b) Para el ejercicio 2010, la AGCBA no pudo hacer la comparación de gastos y metas físicas (presupuestadas y reales) con el ejercicio 2009, ya que no hubo uniformidad de criterio en la confección de ambos presupuestos. (Ver Observación N° 24).
- c) No se han obtenido los papeles de trabajo con los cuales la DGPSA ha estimado y medido la ejecución de las metas tanto para el ejercicio 2009 como para el ejercicio 2010. La falta de esta información impidió hacer un control y un análisis de los criterios y los mecanismos de evaluación que aplicó la DGPSA en el transcurso del período auditado. (Ver observación N° 9). Asimismo, las inconsistencias en las respuestas obtenidas, respecto de la información que permite calcular las metas de los períodos auditados, impidieron la aplicación de procedimientos de auditoría con el objetivo de medir la eficacia y la eficiencia en la gestión del programa sujeto a control.

⁸ Se incluyen en este apartado las restricciones al trabajo de campo y las pruebas que no pudieron ser aplicadas como por ejemplo, producto de la falta de la documentación respaldatoria, o cualquier otro procedimiento de auditoría que, por motivos ajenos al auditor, no pudo ser llevado a cabo.

⁹ Los 19 expedientes no entregados representan \$1.314.819,00 con una incidencia del 49,17% de la muestra auditada

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- d) No se nos suministró el desagregado trimestral de las metas físicas presupuestadas y reales correspondientes al ejercicio 2009.
- e) No se ha puesto a disposición de la AGCBA el contrato por el alquiler del sistema informático mediante el cual se administra el ingreso, egreso y derivación de los pacientes

6. ACLARACIONES PREVIAS

Con el objeto de mejorar la interpretación del apartado Observaciones, y de introducir al lector en los detalles de los programas auditados, así como también establecer el marco bajo el cual se ha desarrollado la labor de auditoría, a continuación se describen las siguientes **Aclaraciones Previas**:

6.1) AMPLIACION DEL PERIODO AUDITADO

Luego de comenzadas las tareas de campo y como resultado del relevamiento efectuado, se comprobó que, la problemática de las adicciones se manifestaba como una situación suficientemente compleja y dinámica como para acotarlo a la gestión de un solo ejercicio fiscal.

Asimismo, y tomando en consideración que: a) a partir de la sanción de la Ley CABA N° 2318/07 del 11/6/2007 ¹⁰, la Ciudad de Buenos Aires, comenzó a desarrollar en forma sistemática y progresiva los programas de lucha contra las adicciones, b) que las tareas de campo preliminares han permitido advertir cambios en las jefaturas y los cargos con capacidad de decisión, c) que la gestión llevada a cabo por el organismo auditado había reflejado una evolución respecto de los recursos financieros aplicados, d) que durante el ejercicio 2010 hubo cambios en la Legislación aplicable a la administración de los programas auditados, la Comisión de Supervisión de la Dirección de Control de Desarrollo Social de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, decidió ampliar el objeto de la presente Auditoria al

¹⁰ Ley N° 2318 “Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo” del 3/5/2007 publicada en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 2702 del 11/6/2007.

ejercicio fiscal comprendido entre el 1/1/2010 y el 31/12/2010¹¹. Esta decisión tuvo como principal objetivo analizar la gestión auditada como un todo dinámico y, como consecuencia se consideró que, la formación de la opinión de la AGCBA debería tener en cuenta un período más amplio para verificar las variaciones y actualizaciones introducidas (ver apartado 6.2) siguiente). Y este criterio se sustenta debido a que, la auditoria de gestión de un ejercicio en forma aislada, pudiera conllevar el riesgo de un análisis parcial sobre el tratamiento de una problemática compleja y dinámica como lo es la temática de las adicciones.

Cabe mencionar que, durante el ejercicio 2009 la organización presupuestaria se dividió en los programas 60 (Observatorio), 61 (Prevención) y el 62 (Asistencia y Reinserción de personas), mientras que en ejercicio 2010 presupuestariamente se unificaron las actividades en un único programa que fue el 71. (Véase observación 25 con los problemas a la uniformidad que genera este tipo de organización presupuestaria. Véase asimismo el apartado 4.2) “Universo Auditado y Determinación de la Muestra” subtítulo b-1))

6.2) CAMBIO DE DENOMINACION DE LA UNIDAD EJECUTORA

Durante el ejercicio 2009 el área auditada se denominaba “Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones”, siendo creada por Decreto N° 587/08. Constituía un organismo fuera de nivel dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social.

Con fecha 28/12/2009, el Decreto 1156 en su artículo 2) dispuso la supresión de la mencionada Coordinación, creándose en su lugar la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (DGPSA)

El actual Director General de la DGPSA fue nombrado mediante el Decreto 128/10 del 25/1/2010 tomando posesión de su cargo a partir del 1/11/2009.

¹¹ Según Acta de Comisión de Supervisión de la AGCBA N° 23 del 15/3/2011

6.3) SINTESIS DE LOS PROGRAMAS AUDITADOS

RESUMEN DE OBJETIVOS PROGRAMAS 60 – 61 – 62 Ejercicio 2009

PROGRAMA N° 60 - OBSERVATORIO DE ADICCIONES

DESCRIPCIÓN:

Este programa comienza en diciembre de 2007 cuando se crea el Observatorio por ley de la CABA 2318.

Anteriormente a la creación de este programa, la Ciudad de Buenos Aires nunca había realizado estudios epidemiológicos sobre la temática de adicciones ni existían datos previos sobre dicha temática.

Tiene como objetivo desarrollar un observatorio social, especializado en adicciones con el fin de identificar la magnitud, características y cambios de los patrones de consumo; contar con información que sirva como insumo para el diseño y evaluación de la gestión, incluyendo el fortalecimiento metodológico de los Recursos Humanos en la comunidad y en las diferentes áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires vinculadas con la problemática.

El programa prevé realizar las acciones mediante el registro de evaluaciones propias sobre el consumo de sustancias de la población en general de la CABA, el perfil de las personas en tratamiento, el impacto del consumo de sustancias en la emergencia hospitalaria, las estrategias de comunicación interna y externa, e instrumentos y guías para un modelo de investigación participativa en la comunidad.

La finalidad del observatorio es la de sistematizar y brindar información interna y de fuentes secundarias.

La manera de comenzar a trabajar en el programa fue realizando el primer estudio epidemiológico sobre adicciones de la Ciudad. Lo único que existía previamente eran algunos estudios del perfil de la población realizados por la Nación, que se hacen cada dos años.

En el año 2009 se crea la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (anteriormente era una Unidad de Coordinación fuera de nivel)

que en el aspecto técnico son similares, pero que al cambiar los sistemas administrativos permitió a la Dirección General que se le facilitara el trabajo. Permitió también crecer en la cantidad de personal, de investigaciones y en la calidad de la atención.

PROGRAMA N° 61 – PREVENCIÓN

DESCRIPCIÓN:

El Programa desarrolla políticas de prevención orientadas a articular con diferentes actores sociales de la comunidad, brindando herramientas para el armado y fortalecimiento de redes sociales a través de talleres de capacitación, participación ciudadana y eventos masivos.

La acción busca fundamentalmente sensibilizar y trabajar sobre valores y actitudes de riesgo en los diferentes grupos sociales. En su gran mayoría, los C.P.S.A. (Centros de Prevención Social en Adicciones) que trabajan principalmente en Prevención Primaria, funcionan en los Servicios Sociales Zonales que en algunos casos están dentro de los CGP de cada barrio.

La estrategia preventiva incluye, en primer lugar, la creación de Centros de Prevención Social en Adicciones, concibiendo la participación comunitaria como eje central de la estrategia preventiva. Las poblaciones prioritarias para la prevención de adicciones son los niños y jóvenes, ya que están en mayor riesgo de iniciar el consumo.

Asimismo el programa capacita a los Coordinadores de los Centros Comunitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el objeto de brindarles herramientas de detección, contención y derivación de jóvenes vulnerables de la problemática que nos ocupa.

“En prevención no hay gente que se acerque a consultar a diferencia de la asistencia”¹², es por ello que hubo que construir una demanda. La

¹² Según entrevista realizada con el Director Operativo del Programa 61

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

decisión fue instalarse en los barrios porteños y analizar las necesidades de cada barrio en particular, teniendo en cuenta que la ley 2318 de la CABA contempla que hay que crear unidades descentralizadas. Al instalarse en los barrios, lo que se hace es un diagnóstico barrial, y se realiza un programa preventivo por barrio, dependiendo de cada barrio; de esta forma se investiga con qué lugares pueden contar como Comedores, Iglesias, para crear las Unidades de Prevención. Desde la Subsecretaría de Promoción Social surge la intención de crear 15 Centros de Prevención Social en Adicciones (C.P.S.A)

En el año 2008 se crea el primer Centro ubicado en La Boca. Dicho centro cuenta con personal de planta permanente capacitada para realizar dicha actividad.

En octubre de 2008, se crea el segundo centro, ubicado en Lugano.

En mayo de 2009 se contrata 16 profesionales, en gran mayoría psicólogos, los cuales son distribuidos en grupos de 3 personas, entre los 5 nuevos centros propios que se crean en la ciudad. Dichos centros están ubicados en los barrios de:

- San Cristóbal
- Paternal
- Pompeya
- San Telmo
- Palermo

Es decir, que sumados al Centro La Boca y el de Lugano creados en 2008, hacen un total de 7 centros.

En mayo de 2009 se solicitó a cada Centro, la realización de un diagnóstico por barrio, para de esta forma comenzar a trabajar con la prevención de cada área. Dicho diagnóstico se obtiene de otros diagnósticos realizados con anterioridad por los servicios zonales de cada barrio.

La idea de implementar la prevención es a través de charlas, de contactarse con líderes barriales, con comedores, iglesias, ONG's, escuelas.

También en 2010 comienza una demanda importante de establecimientos educativos debido a que los C.P.S.A. comienzan a ser reconocidos en los barrios, comenzando así con prevención en el Ámbito Educativo, es decir, dictar cursos, talleres de prevención a alumnos y docentes. Luego consideraron que era más efectivo capacitar a los docentes, quienes están todo el año en contacto con los alumnos y que sean ellos quienes enseñen a sus alumnos sobre la prevención.

A partir del año 2010 se establecieron metas por centro. Como por ejemplo: crear centros nuevos y capacitar agentes.

PROGRAMA N° 62 - ASISTENCIA Y REINSERCIÓN DE PERSONAS

DESCRIPCIÓN:

Este Programa desarrolla acciones que permitan contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas para las necesidades individuales y sociales de aquellas personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Incluye una amplia gama de líneas de acción, como la detección precoz, la asistencia de los trastornos, la desintoxicación, así como las medidas de apoyo al proceso de abandono de uso de drogas, de prevención de recaídas y especialmente la reinserción social para lograr un estilo de vida socialmente aceptable para el individuo en su entorno. Se pretende, asimismo, que la cobertura y accesibilidad de los servicios sean las convenientes, y que se cuente con mecanismos de referencia y evaluación.

CENTROS DE ATENCIÓN PROPIOS Y CONVENIADOS (ONGs)

La Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (DGPSA) realiza sus actividades en lo que se refiere al programa de atención a través de dos tipos de centros: a) los propios, (incluye los Centros Integrales de Atención Comunitaria (CIAC.) y b) los conveniados.

- a) Los propios: En el período objeto de nuestra auditoría (Ejercicios 2009 y 2010) la DGPSA contaba con tres Centros propios: 1) Casa Flores, 2) Casa Puerto, y 3) Centro de rehabilitación Casa Lucero en Villa Soldati (Los Piletones) inaugurada el 21/09/2010. El primero de ellos atiende “residentes” mayores de edad siendo estos atendidos en horario diurno es decir sin internación. El segundo centro atiende “residentes” menores de edad con internación. El tercero atiende “residentes” niños y adolescentes en horario diurno.

Centros Integrales de Atención Comunitaria. (CIAC)

Dentro de las tareas que se realizan en el programa 71 (del año 2010), en el ámbito de la atención se encuentran los CIAC.

Estos centros tienen como objetivo principal facilitar la accesibilidad a tratamiento, acercando las posibilidades terapéuticas a los barrios. Están conformados por equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos y consejeros en adicciones que se encargan de realizar seguimientos personalizados de las personas que solicitan tratamiento.

Entre sus funciones, los CIAC apuntan a la formación de líderes de la comunidad y funcionan como nexos con otras organizaciones comunitarias.

La modalidad de ingreso contempla instancias de admisión y tratamiento en cada uno de los barrios.

Actualmente funcionan:

1. Ciudad Oculta (Piedrabuena 3200 y Eva Perón).
2. Villa Lugano (Cafayate 5230).
3. Villa Soldati (Amancio Alcorta y Av. Roca).
4. Barracas (Osvaldo Cruz y Zabaleta).
5. La Boca (Coronel Salvadores y Garibaldi).

Todos expanden sus funciones a barrios vecinos.

No poseen espacio físico propio, utilizan las instalaciones de los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC). El fin último es trabajar con el barrio. Generalmente se hace en los centros de los barrios cuatro veces por semana y una al menos se utiliza como día de supervisión, fuera del barrio.

- b) Los conveniados: corresponden a ONG's con los cuales se han celebrado distintos convenios que brindan servicios de atención y tratamiento, siendo unidades terapéuticas donde se internan los pacientes derivados de la DGPSA de acuerdo a la evaluación previa hecha de cada paciente por la mencionada Dirección.

MODALIDAD DE VINCULACION DE LOS PACIENTES CON LA DGPSA

La modalidad de acercamiento de los pacientes a la DGPSA, puede ser de varias formas o motivos:

- 1) Recibe derivaciones tanto por presentación espontánea (con o sin familiares o acompañantes), como derivados de Juzgados de Menores y de Familias, Tribunales Orales de Menores, Defensorías de Menores e Incapaces, Asesorías Tutelares, Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Hospitales Públicos, ONGs, Organizaciones Sociales, SEDRONAR y de diferentes Direcciones y Organismos del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

PROGRAMA N° 71 AÑO 2010 - POLITICAS SOCIALES EN ADICCIONES

DESCRIPCIÓN:

La política social en adicciones está orientada en 3 aspectos fundamentales:

Por un lado desde el Observatorio se propone sistematizar y relevar información epidemiológica, cuantitativa y cualitativa, a través de instrumentos de medición, que permitan disponer entre otras variables, nivel

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

de consumo, sustancias utilizadas, franja etarea, etc., necesaria para delinear las políticas de intervención inherentes a la gestión de la Unidad de Coordinación, contemplando tanto la prevención, la intervención temprana, el tratamiento y rehabilitación social en relación al consumo de sustancias adictivas.

En segundo lugar, en el marco de una Política Integral en Prevención y Atención de las Adicciones surge la necesidad de construir mecanismos sociales que contribuyan a evitar el consumo de drogas, generando acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales existentes, que se constituyan en tejidos de prevención social comunitaria.

Se propone la realización de un trabajo de campo que convoque a la ciudadanía en su conjunto, en acciones que promuevan la participación y compromiso social de los distintos actores de la Ciudad. Es decir, sumando a todas aquellas instituciones que trabajan en pos de mejorar la calidad de vida de la población:

Entidades Intermedias, Centros Comunitarios Barriales, Parroquias, Clubes, Comedores Comunitarios, Escuelas, Organismos de Gobierno, entre otras.

Teniendo en cuenta el grado de complejidad que se presenta en la problemática adictiva, se propone un esquema de pensamiento integrador que no estará solamente dirigido a solucionar una situación patológica, sino que se implementará como un proceso continuo de trabajo. Un proceso de participación ciudadana, donde los actores involucrados intervendrán en la toma de decisiones, tendientes a planificar, gestionar y evaluar el uso de los recursos existentes. Se pretende trabajar en función de la sinergia entre el Estado y las distintas Instituciones, potenciando el rendimiento que tendrían de manera individual, generando actores para la transformación y no simplemente espectadores.

Utilizando como medio de llegada, la creación de Centros de Prevención Comunitaria, se propone trabajar en la información y formación de la población no afectada, generando un espacio con el fin de fomentar conocimiento, pensamiento crítico, capacidad de reflexión, como así también,

la creación de hábitos, valores y estilos de vida que ayuden a enfrentar la problemática de las adicciones.

Finalmente, a través de este programa se busca desarrollar acciones que permitan contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas para dar respuestas a las necesidades individuales y sociales, asociadas a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

La asistencia incluye distintos dispositivos de abordajes psicoterapéuticos que van desde la atención ambulatoria, Centros de Día, hasta la internación en Comunidades Terapéuticas.

El abordaje de la deshabitación del consumo de drogas está concebido desde el eje social del joven. Tomando en cuenta para la derivación al tratamiento si el mismo conserva y sostiene una relación social-cultural independientemente del compromiso con el consumo, a partir del análisis de esta situación se define la instancia a la que será derivado para su recuperación.

En pos de un tratamiento integral en la rehabilitación de las adicciones se han establecido criterios para la puesta en marcha de programas educativos para los niños, niñas y adolescentes atendidos en la Red, a fin de promover la formación educativa en todos los beneficiarios, como parte fundamental de los procesos de rehabilitación que se brinda.

6.4) EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

Tal como se expusiera en el cuadro de ejecución presupuestaria del apartado 2) “Objeto”, y en el último párrafo del apartado 6.1) “Ampliación del Período auditado”, durante el ejercicio 2009 el programa se dividió en los subprogramas 60 “Observatorio”, 61 “Prevención” y 62 “Asistencia y Reinserción de Personas”. Para una mejor lectura del presente informe, a continuación se exponen en forma desagregada, los cuadros que sirvieron de base para la proyección del trabajo realizado:

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

CUADRO 4
PRESUPUESTO Y MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS
DEL PROGRAMA 60
“OBSERVATORIO”

INCISO	DESCRIPCION	CREDITO DE SANCION	MODIFICACIONES	CREDITO VIGENTE AL 31/12/2009	DEVENGADO
1	Gastos en Personal	0,00	273.390,00	273.390,00	205.461,63
2	Bienes de Consumo	110.000,00	-49.041,00	60.959,00	60.958,72
3	Servicios no Personales	312.380,00	-283.568,00	28.812,00	23.811,37
4	Bienes de Uso	0,00	0,00	0,00	0,00
5	Transferencias	0,00	0,00	0,00	0,00

Total	422.380,00	-59.219,00	363.161,00	290.231,72
-------	------------	------------	------------	------------

Fuente: Información obtenida a partir de la elaboración de los datos aportados por la Contaduría de la Ciudad. (Ver Observación 24)

CUADRO 5
PRESUPUESTO Y MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS
DEL PROGRAMA 61
“PREVENCION”

“PREVENCION” INCISO	DESCRIPCION	CREDITO DE SANCION	MODIFICACIONES	CREDITO VIGENTE AL 31/12/2009	DEVENGADO
1	Gastos en Personal	0,00	0,00	0,00	0,00
2	Bienes de Consumo	700.000,00	-480.000,00	220.000,00	144.070,81
3	Servicios no Personales	500.000,00	-470.450,00	29.550,00	29.550,00
4	Bienes de Uso	15.000,00	0,00	15.000,00	0,00
5	Transferencias	0,00	0,00	0,00	0,00

Total	1.215.000,00	-950.450,00	264.550,00	173.620,81
-------	--------------	-------------	------------	------------

Fuente: Información obtenida a partir de la elaboración de los datos aportados por la Contaduría de la Ciudad. (Ver Observación 24)

CUADRO 6
PRESUPUESTO Y MODIFICACIONES PRESUPUESTARIAS
DEL PROGRAMA 62
“ASISTENCIA Y REINSERCIÓN DE PERSONAS”

INCISO	DESCRIPCION	CREDITO DE SANCION	MODIFICACIONES	CREDITO VIGENTE AL 31/12/2009	DEVENGADO
1	Gastos en Personal	0,00	0,00	0,00	0,00
2	Bienes de Consumo	557.000,00	-40.500,00	516.500,00	516.500,00
3	Servicios no Personales	3.290.000,00	-3.136.418,00	153.582,00	140.411,45
4	Bienes de Uso	20.000,00	0,00	20.000,00	0,00
5	Transferencias	4.550.000,00	-637.700,00	3.912.300,00	3.572.397,52

Total	8.417.000,00	-3.814.618,00	4.602.382,00	4.229.308,97
-------	--------------	---------------	--------------	--------------

Fuente: Información obtenida a partir de la elaboración de los datos aportados por la Contaduría de la Ciudad. (Ver Observación 24)

6.5) GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS

En el Anexo VI se hace una breve síntesis de los términos utilizados.

6.6) ORGANIGRAMA

Del análisis efectuado, surgió el organigrama que se expone en el “Anexo I”.

6.7) ASPECTOS NORMATIVOS Y NORMATIVA APLICABLE:

La Constitución de la Ciudad, en su artículo 20, garantiza el derecho a la salud integral, como de igual forma en el subsiguiente artículo 21 en su inciso 8º, establece que la Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud y entre sus lineamientos deberá contemplar la prevención de las dependencias, el alcoholismo y asistencia a quienes lo padecen.

Se deberá tomar este lineamiento constitucional, juntamente con el dictado de la ley 153/99, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, publicada en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 703, el 28 de mayo de 1999 y su decreto reglamentario N° 208/GCBA/2001, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 1149, del 2 de marzo de 2001, como punto de partida para el análisis de estudio del objeto de la presente auditoría, que como ya se ha mencionado incluye a los siguientes programas: a) Ejercicio 2009: Programa 60, Observatorio Social de Adicciones, Programa 61, Desarrollo de Políticas de Prevención y Programa 62: Asistencia y Reinserción Social de Personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, b) Ejercicio 2010: Programa 71 que incluye todas las actividades mencionadas en el ejercicio 2009.

En congruencia con lo anteriormente expuesto, la Legislatura de la CABA, sanciona la ley 2318 de Prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 2702, del 3 de mayo de 2007, en

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

su artículo primero, garantiza una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, a través de la instrumentación de un plan integral especializado, dependiente del jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo, se instrumenta un Plan Integral fijando sus objetivos en el artículo 4º, los cuales se dividen en dos grandes grupos:

- a) Desarrollar estrategias preventivas que hagan posible los siguientes objetivos y disminuyan la exposición a situaciones que promueven el consumo de sustancias psicoactivas; promover la regulación y control de la distribución y expendio de bebidas alcohólicas; promover el dictado de normas sobre los límites y alcances de la propaganda, vinculada con la inducción al consumo de sustancias psicoactivas legales y el compromiso en programas de responsabilidad social de empresas; impulsar el desarrollo de Unidades Locales de Prevención y Atención a nivel de comunas, que funcionen como Centros de Referencia e integren a miembros de la familia, de la comunidad educativa, de los centros de salud y de las organizaciones sociales; impulsar estrategias de capacitación a nivel socio-familiar y apoyar la formación de docentes y líderes juveniles, y
- b) Desarrollar una estrategia de intervención socio-sanitaria que haga posible aplicar sistemas para la detección precoz en la población general; monitorear las tendencias en morbilidad vinculada al consumo de sustancias psicoactivas; promover la capacitación en forma permanente de los recursos humanos del campo socio-sanitario en la aplicación de procedimientos de alarma temprana sobre el consumo; impulsar la conformación de la Red Integral de Prevención y Atención a las Adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, incorporando las redes existentes en las distintas áreas; asegurar mecanismos de coordinación entre las instituciones de tratamiento y reinserción sociolaboral de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas; garantizar el acceso de las

personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas a los recursos socioterapéuticos adecuados y difundir los resultados del monitoreo al Jefe de Gobierno y a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otros organismos que lo requieran.

Cabe destacar que en la primera parte del articulado (artículos 2), destaca algunas definiciones sobre los que se basa el contenido de esta Ley. Así es que, entiende como sustancias psicoactivas a cualquier sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central que tiene la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento. En cuanto al consumo, lo considera desde un sentido amplio como cualquier forma de auto administración de sustancias psicoactivas, y que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado. También hace referencia a la dependencia a sustancias que es detectable por la presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo a pesar de problemas significativos relacionados con ese consumo. Las conductas aquí tenidas en cuenta son aquellas que mantienen un patrón reiterado y desadaptativo que conlleva malestar y deterioro de la persona y a menudo tolerancia, abstinencia e ingesta compulsiva, con deterioro de la vida social, laboral o recreativa por ese consumo y mucho tiempo invertido en la obtención, el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.

En el mismo aspecto introductivo, cabe destacar que la Ley 2318 en su artículo 3 funda sus cimientos sobre tres principios,

- a. El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema sociosanitario.
- b. El consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo están condicionados por un grupo de factores de orden biológico, psicológico y del contexto social- cultural que influyen en la problemática.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

c. Las acciones vinculadas con la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo son abordadas desde un enfoque pluralista, interdisciplinario e intersectorial.

Continúa la Ley 2318 definiendo en su artículo 5º la Autoridad de Aplicación, fijando en el Jefe de Gobierno la determinación del diseño organizativo necesario para el desarrollo, planificación, ejecución y supervisión del plan garantizando la participación interministerial de acuerdo a sus competencias, especialmente de los Ministerios de Educación, Derecho Humanos y Sociales, Salud, Gestión Participación y descentralización, Gobierno, Producción y del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes o las autoridades que los reemplacen en el futuro.

El artículo 6 de la mencionada Ley fija cuales serán las atribuciones de la Autoridad de Aplicación, tales como ejercer la coordinación técnica de las áreas de prevención, atención, observatorio de investigación y seguimiento de sustancias psicoactivas; integrar de manera articulada a los efectores de las diferentes áreas que conforman el Plan Integral de la Ley 2318; coordinar y fiscalizar acciones de organismos no gubernamentales; proponer acuerdos y acciones sobre políticas referidas a la problemática del consumo; representar a la Ciudad de Buenos Aires ante la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación coordinando acciones por aplicación del Plan Federal; convocar al Consejo Consultivo Asesor ; disponer medios de difusión masivos y recursos materiales y humanos para el desarrollo de las acciones preventivas consideradas prioritarias según criterios epidemiológicos, entre otras.

Ampliando una de las facultades del párrafo anterior, el Art. 7 establece, además, que esta Autoridad de Aplicación convoca tres veces al año a un Consejo Asesor de carácter consultivo, honorario y no vinculante a fin de canalizar las necesidades y opiniones del conjunto de la comunidad, en torno a los problemas relacionados al uso, abuso y dependencia de

sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo. También es la responsable del dictado del reglamento de este órgano consultivo.

El Decreto 1681/GCBA/07, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 2818 del 20 de noviembre de 2007, en el ejercicio de garantizar el derecho a la salud sustentándolo con otros principios fundamentales como la educación, cultura, ambiente, alimentación, entre otros, crea el Programa Interministerial de Proyectos Especiales Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína en el ámbito del entonces Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y el de Salud (art. 1º), determinando en el art. 2º sus objetivos: como la prevención, asistencia y tratamiento de los consumidores /as de las sustancias adictivas.

El mencionado Decreto en su art. 5 determina la integración de un Programa Interministerial de Proyectos Especiales involucrando en el mismo a representantes de los Ministerios de Salud y del entonces de Derechos Humanos y Sociales, con experiencias en problemáticas de adicción .

Aún existiendo un marco normativo que determinara esta actuación interdisciplinaria, como fue el “Programa Interministerial de Proyectos Especiales, Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína (P.B.C)”, creado por el Decreto 1681/07; entre éste y el dictado del Decreto 484/10 (que deroga al anterior) la problemática de adicciones fue tratada sólo de manera parcial y esto fue debido a la todavía existente desarticulación entre los distintos representantes del Estado.

Esta falta de articulación fue generando la conformación de compartimientos estancos que venían atacando la problemática, sin lineamientos homogéneos y coordinados entre todos los actores gubernamentales como de la sociedad civil.

En el mismo sentido, resultaba insuficiente circunscribir solamente al objeto de intervención de los programas al consumo de Pasta Base de

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Cocaína. Era necesario ampliarlo a todas aquellas sustancias psicoactivas generadoras de conductas adictivas.

Esta forma organizativa fue modificada en el año 2010, promoviéndose el dictado del Decreto 484/GCBA/10, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 3445 del 15 de junio de 2010, el cual como se dijo anteriormente, derogó al Decreto 1681/07, creando fundamentalmente Unidades de Prevención en Adicciones (art. 1º) y un comité interministerial en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros y del Ministerio de Desarrollo Social. Estas Unidades de Prevención en Adicciones, ya previstas por la Ley 2318, son asignadas a cada Comuna y tienen, entre otras, las facultades de capacitar a actores de la comunidad con el objeto de convertirlos en multiplicadores comunitarios, realizar cursos, charlas, jornadas de sensibilización sobre el consumo de sustancias psicoactivas, conformar redes de prevención integral, brindar orientación y contención a las consultas de particulares y efectuar la articulación de los Centros y la coordinación de otras áreas de Gobierno.

El Decreto 1156/GCABA/09, BO 3335 del 29 de diciembre de 2009, cuya motivación se basa en la reorganización funcional, eleva la Unidad de Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones al nivel de Dirección General.

De esta forma, por medio de un marco normativo determinado es que se instrumentan acciones de índole interinstitucional en lo que a prevención y acción se refiere.

Continuando con el mencionado Decreto 484/10 en su Art. 5, crea en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros y del Ministerio de Desarrollo Social, un Comité Interministerial, integrado por un funcionario, con rango no menor a Subsecretario, representantes de los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación, Desarrollo Económico, Agencia Gubernamental de Control, de Justicia y Seguridad y del Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, u organismos que en un futuro los reemplacen; cuyo

objetivo específico es garantizar la planificación y lineamientos del Plan Integral regulado por la Ley 2318/07.

También, conforme al Art. 6, el Comité arbitrará las medidas tendientes a dar cumplimiento a las ordenes judiciales de internaciones coactivas, sin perjuicio de lo cual se encuentra facultado a analizar el fundamento médico de tales requisitorias mediante evaluaciones, a fin de establecer la conveniencia o no de la internación referida, su mantenimiento, plazo, y el efector a través del cual se hará efectiva, según las competencias específicas de cada Ministerio, debiendo comunicar tales circunstancias dentro de las 48 hs. a la autoridad solicitante.

Es dable destacar, que en la entrevista sostenida el 5/5/11 con el Director General de la DGPSA, surge que el Comité Interministerial no había sido constituido formalmente a esa fecha. Consecuentemente la DGPSA aclaró que las instrucciones le llegan desde el Ministerio o la Subsecretaría. (Ver Aclaración Previa 6.9.2 y Observación 1).

Finalmente, producto del cambio orgánico funcional que estableciera el Decreto 1156/09 y que fuera mencionado ut supra y de acuerdo a lo informado en respuesta a la nota AGCBA N° 3254/10, la organización interna de la DGPSA esta dada por la Disposición N° 07-DGPSA-10 del 3/9/2010 (Ver Aclaración Previa 6.9.4 y Observación 3) que regula los Protocolos de Admisión, Evaluación y Derivación de la Dirección General de Políticas Sociales de Adicciones.

La Disposición N° 7 consta de 7 Anexos los cuales se detallan a continuación:

- o Anexo I: Principios Generales para la firma de convenios con organizaciones de la Sociedad Civil.
- o Anexo II: Protocolo de Admisión Evaluación y Derivación
- o Anexo III: Protocolo de Supervisión Institucional

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- o Anexo IV: Principios y funciones de la supervisión institucional y seguimiento de casos
- o Anexo V: Protocolo de intervención de adicciones ámbito educativo
- o Anexo VI: Protocolo de Intervención entre el Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes
- o Anexo VII: Procedimientos a seguir en caso de accidentes emergencias o intervenciones quirúrgicas a niños, niñas o adolescentes.

Si bien la Disposición consta de los 7 anexos mencionados, el trabajo de auditoría se concentró en los siguientes:

- ANEXO I – Se establece como parte de los procedimientos los siguientes deberes:

Por parte de la DGPSA:

- Entrevista con los responsables de la Institución a conveniar.
- Solicitud de análisis y realización de Informe a la Dirección Operativa de Asistencia.
- Solicitud de informe al Registro de ONG del CDNNyA.
- Devolución de la evaluación a las autoridades de la Organización.

Por parte de la Dirección Operativa:

- Análisis del Proyecto Institucional presentado.
- Visita Institucional realizada por un equipo técnico a fin de conocer el lugar y a las personas que desarrollaran el proyecto.
- Elaboración del Informe de Evaluación.

Esta documentación debe constar en los biblioratos que son archivados en la Sede de México 1661. Se auditaron las Carpetas Institucionales de las 20 Comunidades Terapéuticas.

- ANEXO III – Aplicable al Programa N° 62. Establece que la supervisión debe realizarse por personal especializado y siempre en miras a la observancia del interés superior del niño. La responsabilidad recae sobre el Director General de Política en Adicciones. La periodicidad de las Visitas Institucionales varía según las características de cada Comunidad conveniada, pero no puede ser menor a cuatro visitas anuales.

En síntesis: establece los requisitos que debe cumplir el Informe Institucional, a saber: lugar y momento de la visita, datos generales de la Institución, observaciones del aspecto institucional, observaciones de la infraestructura/aspecto edilicio/condiciones de habitabilidad, entrevistas realizadas a los internados, observaciones de los legajos individuales, observaciones generales y específicas del equipo supervisor y conclusiones formales.

Como parte del trabajo de auditoría se controlaron las carpetas institucionales de las 20 Comunidades Terapéuticas conveniadas. (Véase la Observación N° 4 y la Aclaración Previa N° 6.9.5)

En particular, la Disposición 7 dispone en su apartado 3 que, en las visitas institucionales se revisarán los Legajos individuales de las personas en tratamiento y el apartado 4 indica que se detallarán algunas cuestiones particulares de las situaciones de los niños niñas y adolescentes como por ejemplo problemas en la escuela y dificultades para la socialización .

En línea relacionada con este último aspecto no se ha perdido de vista en esta auditoría la regulación sobre las Historias Clínicas que deben efectuarse por cada uno de los pacientes.

El tratamiento sobre las mismas es abordado por la siguiente normativa:

- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- Ley 26.529/09 (Nacional). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Ley 25.326/00 (Nacional) . Protección de Datos Personales.

En particular, el artículo 6 de la Ley 153 establece la obligación de todas las personas a firmar su historia clínica.

Los requisitos que deben cumplir las mismas se encuentran detallados en el Decreto Nro. 208/01 Reglamentario de la Ley antedicha y son:

- nombre y apellido
- datos de filiación
- diagnóstico
- procedimientos aplicados
- tratamiento y motivo o causa de la derivación si la hubiere
- firma del profesional interviniente, certificada por la máxima autoridad del establecimiento.
- una copia del documento firmada por quien corresponda, quedará como constancia de recepción.

La Dirección General en sus informes sobre las visitas institucionales observa la precariedad en el registro de las Historias Clínicas. (Véase la Observación N° 11, la Aclaración Previa 6.9.10 y el Anexo VI con el Glosario de Términos Utilizados.)

La AGCBA controló cincuenta y seis informes de este tipo (de los cuales 21 correspondían al período auditado 2010; 2 no tienen fecha y los restantes corresponden al 2011). (Véase la Observación N° 6 y la Aclaración Previa N° 6.9.7)

En el Anexo II se expone la Normativa Aplicada que regula el marco legal del programa auditado.

6.8) RESERVA DE IDENTIDAD

- a) Como una excepción, en el presente informe, no se detallará la muestra de los residentes atendidos atento a que, el artículo 12 de la Constitución de la Ciudad garantiza el derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad de las personas.
- b) En el presente informe, toda referencia que se haga en el apartado 7) “Observaciones” y que se relacionen con los legajos de los pacientes analizados por la AGCBA, se identificarán con un número con el único fin de preservar la reserva de identidad de los mismos, sin pretender con este método, causar descrédito a la problemática que rodea el caso ni a la condición de la persona referida.
- c) Cuando en este informe, se haga referencia a las personas atendidas se mencionará “el paciente” sin identificación de su género.

6.9) ANALISIS DE LA GESTIÓN.

A continuación y a los efectos de mejorar la lectura e interpretación del apartado N° 7, se detalla una breve síntesis explicativa de los efectos, las consecuencias o los riesgos que conllevan algunas de las observaciones que surgieron de los procedimientos de auditoria aplicados.

MARCO JURIDICO DE LA GESTIÓN

6.9.1) El Jefe de Gobierno en cumplimiento del artículo 5º de la Ley 2318/07 y mediante el artículo 5º del Decreto 484/10, dispone la creación en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros y del Ministerio de Desarrollo Social un Comité Interministerial que tiene como objetivo garantizar la planificación y lineamientos estratégicos del Plan Integral.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Asimismo, el mencionado Decreto en su artículo 9º¹³ faculta a la Jefatura de Gabinete de Ministros y al Ministerio de Desarrollo Social a dictar las normas complementarias, instrumentales e interpretativas que fueran necesarias para la aplicación de lo dispuesto por dicho Decreto. Por consiguiente la falta de constitución formal del Comité Interministerial (Ver punto 6.7.) dificulta el ejercicio de las atribuciones del artículo 6 de la Ley 2318/07. (Ver Observación N° 1)

- 6.9.2) El Plan Integral al que se refiere la Ley 2318/07 tiene la característica de ser Integral y especializado según la definición de su artículo 1º. Por lo tanto, es esencial la participación interministerial de acuerdo a sus competencias. Consecuentemente la falta de efectiva implementación de este Comité, al no haberse dictado las normas complementarias instrumentales e interpretativas que fueren necesarias según lo dispuesto por el artículo 9 del Decreto 484/10, dificultan la planificación y articulación entre los distintos organismos del estado dedicados a las políticas de adicciones (Ver Observación N° 1 y Aclaración Previa 6.7)
- 6.9.3) Revisados los convenios con las comunidades terapéuticas, se ha acreditado que carecen de fecha de celebración. Si bien esta fecha es de vital importancia, su carencia se ve parcialmente salvada por el sello de inscripción en la Escribanía General que es la que le otorga a los convenios fecha cierta y legalidad. Sin embargo, la consecuencia inmediata de esta situación es que no se puede tener certeza sobre el momento real del comienzo del acuerdo entre la Ciudad y la Comunidad Terapéutica, ya que no hay constancia del tiempo transcurrido entre la firma del convenio y la fecha en la que es sellado por la Escribanía General de la Ciudad. Esto genera la imposibilidad de:

¹³ Artículo 9º.- *Facúltase a la Jefatura de Gabinete de Ministros y al Ministerio de Desarrollo Social a dictar las normas complementarias, instrumentales e interpretativas que fueren necesarias para aplicación de lo dispuesto por el presente.*

a) Computar jurídicamente el tiempo transcurrido y por ende el vencimiento contractual. Esto afecta en forma directa la medición de la responsabilidad contractual de las partes ya que no se puede conocer la fecha de extinción de los respectivos compromisos.

b) Cumplir con la periodicidad de la supervisión institucional por parte de la DGPSA.

(Ver Observación N° 2)

6.9.4) Ver Observación N° 3 y apartado 6.7) Aspectos Normativos y Normativa Aplicable.

6.9.5) Considerando que se han relevado el 100% de la documentación que componen la carpeta institucional de las 20 ONG's, el procedimiento de auditoria arrojó como resultado los faltantes de documentación que se detallan en el cuadro del Anexo V Continuación. Debe meritarse que, la ONG que no hubiese presentado la documentación exigida no debería estar en condiciones de firmar el convenio para el tratamiento de los residentes derivados por la DGPSA. Es importante destacar que, los legajos en donde se hallaba archivada esta documentación no están foliados por la DGPSA, como medida preventiva de riesgo de extravío de documentación y de implementación de una buena praxis de control interno. (Ver Observación 4)

6.9.6) En el Ejercicio 2009 no se realizaron visitas de supervisión¹⁴. Asimismo, en el ejercicio 2010 se realizaron 21 visitas. La falta de supervisión a las comunidades terapéuticas produce un impacto en la gestión llevada a cabo por la DGPSA afectando:

¹⁴ Cabe aclarar que en septiembre de 2010 se dictó la Disposición N° 7 DGPSA-10, que regula el Protocolo de Admisión Institucional. El mismo establece que la Supervisión debe realizarse por personal especializado y siempre en miras a la observancia del interés superior del niño. La responsabilidad recae en el Director General de Políticas Sociales en Adicciones. La periodicidad de las Visitas Institucionales varía según las características de cada Comunidad Conveniada pero no puede ser inferior a cuatro visitas anuales.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- a) La posibilidad de hacer un control sobre la evolución de los procesos llevados a cabo por las comunidades terapéuticas y como consecuencia, la aplicación de posibles sanciones cuando las tareas desempeñadas por éstas no cumplan con los convenios celebrados.
- b) Un efectivo seguimiento de las debilidades observadas por los supervisores en los informes.
- c) La entrevista personal con el paciente y la evaluación de la opinión personal de éste.
- d) El seguimiento y control de las historias clínicas y el tratamiento de los residentes derivados, con el consiguiente riesgo de no tomar contacto con posibles vulneraciones a los derechos individuales.

(Ver Observación N° 5).

6.9.7). Informes de Supervisión. Relevados el total de los 21 Informes de Supervisión correspondientes al año 2010. 33 correspondientes al año 2011, y 2 sin fecha que han sido puestos a disposición, realizados por la DGPSA a las comunidades terapéuticas se detectó que contienen las siguientes falencias:

- a) No identifican la cantidad real (con nombre y apellido) de los residentes internados por derivación de la DGPSA. Por lo tanto no se puede hacer un seguimiento de la evolución individual de los residentes a partir del cruce con la información que se halla en la DGPSA (por ejemplo cruce con la información que contiene el legajo de Admisión).
- b) De los 21 informes del año 2010, 17 no se encontraban ni firmados ni sellados por los responsables de la supervisión. De los 33 informes del año 2011, 19 no se encontraban ni firmados ni sellados.
- c) De los 21 informes del 2010, 2 de ellos que representan el 9,5%, hacen observaciones sobre debilidades y falencias en los Legajos e Historias Clínicas llevados por la

Comunidad Terapéutica que demuestra que estos documentos no son llevados de acuerdo al Decreto 208/2001 reglamentario de la Ley 153 –Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires- (letra ilegible, falta de evolutivos, redacción inapropiada) No se ha constatado el seguimiento de las mencionadas debilidades. De los 33 informes de 2011,12 de ellos hacen observaciones sobre debilidades y falencias en los Legajos e Historias Clínicas

- d) Los informes no mencionan si se hace un control sobre el cumplimiento del artículo 6 de la ley 153 con respecto a que todas las personas deben firmar su historia clínica.

(Ver observación N° 6)

6.9.8).De acuerdo a las evidencias recogidas, algunos profesionales que firman como responsables de los informes de supervisión en el ejercicio 2010, no figuran en la nómina del personal que ha sido puesta a disposición. Asimismo, otros no figuran en la nómina 2009 y 2010.. (Ver Observación N °7)

METAS FISICAS REALES Y PRESUPUESTADAS DE LOS EJERCICIOS 2009 Y 2010

6.9.9.) Del control sobre las metas físicas reales y presupuestadas de los ejercicios 2009 y 2010 surgió:

- a) Inconsistencia respecto de la cantidad de pacientes atendidos en el ejercicio 2009. En la respuesta a nuestra nota 312 del 1/2/11, la DGPSA informa que se atendieron 119 pacientes en los centros de atención propios de la Ciudad, mientras que en la respuesta a nuestra nota 779 del 31/3/11 se informa que se han atendido 139 pacientes.

- b) Del trabajo realizado se ha detectado una inconsistencia en la meta informada por la DGPSA en lo que respecta a la “Atención de Pacientes Ambulatorios” para el ejercicio 2009. En efecto, de acuerdo a la respuesta a nuestra nota 312 punto 9) la DGPSA informó que la cantidad de residentes ascendió a 54, mientras que, en la respuesta a nuestra nota 779 punto 4 se informó un total de 79 residentes para el mismo ejercicio. Esta diferencia demuestra la falta de control interno en cuanto a la medición de las metas logradas por la DGPSA.
- c) Existe una falencia en la confección del presupuesto del ejercicio 2009, respecto de la unidad de medida utilizada en el programa 62 Atención y Reinserción de Personas. En efecto, la meta está medida en “Talleres de Rehabilitación”. Esto se contrapone con la medición que hizo la DGPSA durante el ejercicio en curso, en cuanto a que ésta informa 1000 personas presupuestadas para el ejercicio 2009 y la Cuenta de Inversión fija una meta de 5.400 Talleres de Rehabilitación.
- d) Existe una falencia en el cálculo de la meta del ejercicio 2010, ya que la meta no fue desagregada por las distintas actividades que componen el programa 71.
- e) No se han suministrado para su control los papeles de trabajo con el detalle de la metodología de cálculo y los criterios aplicados para la estimación de las metas que figuran en los presupuestos correspondientes a los ejercicios 2009 y 2010.
- f) En línea con la observación anterior, tampoco se suministraron los papeles de trabajo para medir las

metas físicas reales del programa 62 por los ejercicios 2009 y 2010.

- g) No hay un registro unificado de los pacientes, debido a que el sistema informático utilizado por la Dirección General no incluye los pacientes atendidos en los Centros Integrales de Atención Comunitaria (CIAC). Esto impide la correcta medición ya que no hay un control interno desarrollado que garantice la integridad de la información.

Ver Observación N° 9.

ADMINISTRACIÓN DE LOS LEGAJOS DE ADMISION

6.9.10) De los 53 legajos de admisión que corresponden a la muestra, se verificó que la administración, guarda y manejo de los mismos demostraron las siguientes fallas:

- a) Criterio de archivo de los Legajos de los Pacientes: El 100% de los legajos de admisión están archivados en forma alfabética. Si bien no existe un único criterio de archivo, se recomienda utilizar el criterio numérico, que permite detectar eventuales faltantes, fortaleciendo así el control interno.¹⁵
- b) El 100% de los legajos de cada paciente están soportados en hojas sueltas, que no están foliadas ni abrochadas ni ordenadas cronológicamente. La falta de foliatura afecta directamente al control interno de la

¹⁵ Dice el auditado en el descargo: “Respecto al criterio para el archivo de los legajos de admisión informamos que la DGPSA utiliza un doble criterio. Se utiliza el criterio numérico para el ordenamiento informático. Este criterio numérico permite obtener una secuencia correlativa en relación a las fechas en que se han realizado las admisiones y derivaciones, mientras que se privilegia el sistema alfabético en el archivo físico de los legajos, dado que facilita el acceso a la información de los consultantes, quienes son reconocidos por los profesionales intervinientes a través de su apellido y nombre.”

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Dirección, a la confiabilidad y al resguardo de la documentación. (Se ha constatado que el profesional que entrevista al paciente reincidente, debe comenzar por reordenar cronológicamente la documentación del legajo).¹⁶

- c) En 7 de 9 casos judicializados que representan el 77,78% de los legajos de admisión no constan las copias de los oficios judiciales y en 12 de 13 casos que representan el 92,31% no hay copias de las Resoluciones del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Esta documentación en algunos casos facilita el seguimiento y derivación de los pacientes.
- d) Los archivos de los legajos de admisión no están resguardados bajo un nivel de seguridad razonable, como por ejemplo la falta de cierre con llaves en la puerta de acceso. Esto conlleva el riesgo de pérdida o hurto de los mencionados Legajos.¹⁷
- e) El 100% de la documentación que ingresa al organismo está incorporada al Legajo del Paciente, no está fechada con un sello de recepción para darle fecha cierta al ingreso de la misma. Esto ocurre porque no está implementada una Mesa de Entradas que permita tener un detalle de la documentación ingresada y salida del programa.¹⁸
- f) En el 100% de los legajos de los pacientes que componen la muestra, se ha constatado que se incorporan hojas de faxes enviadas por las comunidades terapéuticas. Estos faxes se hallan borrados e ilegibles por el transcurso

¹⁶ Dice el auditado en su descargo: “A fin de implementar una buena praxis de control interno, informamos que se está realizando el foliado de todos los legajos, como así también el abrochado y ordenamiento cronológico correspondiente. Asimismo, se han incorporado ficheros metálicos para organizar correctamente la información de la Dirección operativa Asistencia Social en Adicciones.”

¹⁷ Dice el descargo: “No corresponde la observación realizada respecto de que los legajos de admisión no están resguardados en un nivel de seguridad razonable, ya que los mismos están archivados en una oficina bajo llave”.

¹⁸ Dice el descargo: “Tampoco cabe hacer lugar a lo observado en el punto e) dado que la Mesa de Entrada está implementada en la DGPSA para registrar el ingreso y egreso de la documentación de entes externos a la misma. Al ser la documentación del legajo de carácter interno no requiere su registro por Mesa de Entradas”

del tiempo. Sería conveniente sacarles fotocopias para evitar la pérdida de la información.¹⁹

- g) Archivos Físicos: La documentación inserta en los legajos de los pacientes se encuentra archivada en ficheros metálicos y en biblioratos en forma indistinta y sin criterio de ordenamiento.

Esto obedece a:

- Los ficheros metálicos son antiguos, están en malas condiciones físicas alguno de ellos están rotos y son inutilizables, con la corredera de la puerta rota. Aquellos que permiten ser utilizados se hallan completos, no permitiendo la incorporación de nuevas carpetas.
- Los ficheros metálicos que se pueden abrir, no permiten colgar carpetas oficio porque no están diseñados para tal fin.
- Los Legajos de los pacientes, que no pueden archivar en los ficheros metálicos, son archivados en biblioratos sin encarpetar en forma individual, y sus hojas no están abrochadas para evitar la pérdida de alguna documentación. (Observación N° 11)

6.9.11) Se ha constatado la falta de insumos según se detalla a continuación:

- a) Falta una fotocopidora. Este recurso es de importancia ya que siendo el manejo habitual el intercambio de información mediante Faxes, adquiere relevancia fotocopiar todos los faxes recibidos para

¹⁹ Dice el descargo: “En lo referido a la documentación recibida desde las CT vía fax, se aclara que los informes recibidos son adjuntados al momento del ingreso o egreso de la persona a la institución, y luego reemplazados por el informe en original que mensualmente envía cada CT.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

evitar la pérdida de información ya que el fax tiende a borrarse con el transcurso del tiempo.

- b) Carpetas individuales colgantes: Todos los legajos deberían estar encarpetados y abrochados para evitar el riesgo de pérdida, rotura o deterioro de la información.
- c) Archivos físicos en donde se pueda resguardar adecuadamente la información tal como se menciona en la observación anterior.
- d) Separadores y biblioratos: hasta tanto se reorganice y se adquiera nuevo mobiliario, se deberán usar este tipo de insumos para un mejor acceso a los legajos de los residentes y el adecuado resguardo de la información.
- e) Estufas o medios de calefacción: hemos comprobado que el diseño arquitectónico de las oficinas e instalaciones requieren de mejoras importantes en los sistemas de calefacción ya que en todos los casos redundará en una mejor productividad del personal.

(Observación N°12)

6.9.12) Respecto de la confección de la ficha de admisión (ver glosario anexo VI) se pueden observar las siguientes fallas que dificultan la confección de informes que deberían ser enviados a las ONG en el momento de la derivación del residente y la toma de conocimiento del caso:

- a) En 8 de 27 fichas de admisión que representan el 29,63% no se detallan los ejes del DSM IV y en aquellos que se enumeran los ejes no se detalla el enunciado de los mismos²⁰.
- b) En el 100% de las fichas de admisión relevadas, no se acredita el motivo o la causa invocada que se utiliza

²⁰ El eje es el fundamento global que respalda una opinión. El diagnóstico es el encuadre específico de la enfermedad. Ver Aclaraciones Previas 6.5) Glosario de Términos Utilizados-Anexo VI

para la toma de decisión de las derivaciones del residente

- c) En el 100% de las fichas de admisión se ha detectado que, alternativamente carecen de las siguientes formalidades: están incompletas, no tienen sello y/o firma del profesional actuante, así como no hay constancia escrita de la supervisión que debería realizar el Director Operativo del programa.
- d) En 25 de 27 fichas de admisión que representan el 96,30% de los casos analizados, no se adjunta el “consentimiento informado” con la firma de la madre/padre o tutor y la firma del paciente de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 4 de la Ley 153/99²¹ (Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires) y del Decreto N° 208/2001²² reglamentario de la mencionada ley.

²¹ **“Artículo 4° Ley 153:** Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:
Inciso h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos”

²² Inc. h) Decreto 208/2001

1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.
2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.
3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).
4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- e) En 25 de 27 fichas de admisión que representan el 92,59% no se envían informes de admisión del paciente a la Comunidad Terapéutica derivada.
- f) En el 100% de la muestra analizada de los Legajos de Admisión, así como en los informes de supervisión confeccionados por la DGPSA por los controles hechos a las comunidades terapéuticas, no se halló evidencia o referencias a la evaluación clínica general o copia de los análisis de laboratorio o diagnóstico escrito del estado de salud del paciente y su correspondiente seguimiento médico.

(Ver observación Nº 14).

6.9.13). El análisis de los Legajos de Admisión arrojaron las evidencias particulares que se detallan en el Anexo VII y que dan lugar a la formulación de la Observación Nº 18, tal como se expresa posteriormente.

7. OBSERVACIONES

De los procedimientos de Auditoria aplicados a los programas presupuestarios 60, 61, 62 por el ejercicio fiscal finalizado el 31/12/2009 y el programa 71 por el ejercicio fiscal finalizado el 31/12/2010, dependientes de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, la Auditoria

5. *Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.*
6. *En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.*
7. *Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.*

General de la Ciudad de Buenos Aires efectúa las siguientes **Observaciones:**

MARCO JURIDICO DE LA GESTIÓN

- 1) La falta de la efectiva implementación del Comité Interministerial establecido en el artículo 5º del Decreto 484/10 dificulta la planificación y articulación entre los distintos organismos del Estado dedicados a la temática en adicciones, necesarias para garantizar una política integral y su efectiva supervisión. (Ver Punto 6.7.; 6.9.1. y 6.9.2.)²³
- 2) Los convenios firmados con las Comunidades Terapéuticas no tienen fecha de celebración. (Ver Aclaración Previa Nº 6.9.3). Si bien esta carencia se ve parcialmente salvado por el sello de inscripción en la Escribanía General, no se puede tener la certeza sobre el momento real del acuerdo entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Comunidad Terapéutica²⁴
- 3) De las 20 carpetas institucionales con documentación de las ONG que han sido puestas a disposición para su control, no acreditan que la DGPSA haya cumplido con los procedimientos establecidos por el Anexo I de la Disposición Nº7-DGPSA-10 que trata los principios generales para la firma de los convenios con las Organizaciones de la Sociedad Civil. Ver Aclaraciones Previas 6.9.4 y apartado 6.7) Aspectos Normativos y Normativa Aplicable.
- 4) Se ha detectado que algunas Comunidades Terapéuticas no han presentado la totalidad de la documentación necesaria para la firma del convenio con la Ciudad. Ver Aclaraciones Nº 6.9.5 Previas y el apartado 6.7)

²³ El auditado manifestó en el descargo: “La observación no refiere a la responsabilidad de la DGPSA”.

²⁴ Dice el descargo del auditado: “La observación con su correspondiente aclaración previa no corresponde, ya que la fecha cierta que posibilita determinar el vencimiento contractual, medir la responsabilidad contractual y cumplir con la periodicidad de la supervisión, está constituida por el día y número de registro otorgado por la Escribanía General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- 5) Visitas de Supervisión. De las evidencias recogidas, se ha constatado que, durante el ejercicio 2009 no se han hecho visitas de control y en el ejercicio 2010 se realizaron 21 visitas a las Comunidades Terapéuticas. Ver Aclaración Previa N° 6.9.6
- 6) Informes de Supervisión. Los informes de supervisión confeccionados por la DGPSA sobre la tarea de las Comunidades Terapéuticas no contienen la información necesaria para poder monitorear el evolutivo del paciente. Ver Aclaración Previa N° 6.9.7 y el apartado 6.7)
- 7) De los procedimientos de auditoria aplicados se ha detectado fallas en el manejo de los recursos humanos por parte de la DGPSA, toda vez que los informes de supervisión están confeccionados y firmados por profesionales que no forman parte de la nómina del personal suministrada. Ver Aclaración Previa N° 6.9.8.
- 8) No se ha puesto a disposición de la AGCBA la modalidad de contratación del sistema informático mediante el cual se administra el ingreso y egreso y derivaciones de los pacientes, lo cual impide la constatación del debido resguardo de la confidencialidad de la información.

DEL CONTROL SOBRE LAS METAS FÍSICAS (REALES Y PRESUPUESTADAS) DE LOS EJERCICIOS 2009 Y 2010

- 9) Los procedimientos de auditoria aplicados para el control de las metas físicas y reales por los ejercicios 2009 y 2010, han demostrado inconsistencias en las respuestas respecto de los pacientes atendidos, en la atención a los pacientes ambulatorios, falencias en la confección del presupuesto, así como también la falta de un registro unificado de los pacientes. Adicionalmente, no se han aportado los papeles de trabajo con la confección de las metas presupuestadas, todo lo cual impidió la medición de la gestión desde un punto de vista de su eficacia. Ver Aclaración Previa N° 6.9.9.
- 10) El cuestionario de relevamiento arrojó como resultado que la DGPSA no tiene conocimiento de la Demanda Potencial y la Demanda Insatisfecha por los ejercicios 2009 y 2010, con respecto a la problemática en adicciones.

Esta información es de particular importancia toda vez que, será útil para optimizar el desarrollo de herramientas, la evaluación presupuestaria especialmente en lo que se refiere a los recursos necesarios con el objeto de mejorar la gestión del programa, así como también la implementación de mejoras a partir del mayor conocimiento que se adquiriera sobre el tema.²⁵

DE LA ADMINISTRACION DE LOS LEGAJOS DE ADMISIÓN²⁶

OBSERVACIONES DE TIPO GENERAL.

11) La administración de los legajos de admisión detenta fallas que evidencian la falta de eficacia en el manejo de esta importante documentación. Véase las Aclaraciones Previas N° 6.9.10 en donde se pormenoriza los efectos y consecuencias de esta observación, y el apartado 6.7)²⁷

12) Se verificó una reducción presupuestaria en los años 2009 y 2010 (ver cuadro 1 y 2 del informe), mientras que se constató la falta de insumos que mejorarían la gestión. En la Aclaración Previa N° 6.9.11 se detalla más acabadamente esta observación.²⁸

13) Del análisis realizado a los informes de supervisión confeccionados por la DGPSA a las comunidades terapéuticas, la AGCBA ha tomado conocimiento que, con fecha 14/4/2010 se produjo el suicidio de un paciente que estaba internado en la Comunidad Terapéutica Centro Juvenil Esperanza Asociación Civil. Al respecto se solicitó a la DGPSA mediante nota AGCBA N° 121/11 del 15/9/2011 información detallada sobre el tema. Luego de haberse

²⁵ Dice el descargo del auditado: “En relación con la demanda insatisfecha, cabe aclarar que suele originarse en listas de espera, en donde quedan anotadas aquellas personas a quienes no ha podido brindarse el servicio buscado. En este caso y dada la modalidad de atención toda persona que llega a Piedras es evaluada y posteriormente derivada a un efector acorde con sus requerimiento y necesidades. No se habilita una lista”. Sin embargo, vale aclarar, que el concepto de demanda insatisfecha que refiere el equipo de auditoría es el siguiente es aquel que surge de restar a la Demanda Potencial, la cantidad de las personas realmente atendidas”. Por lo tanto, para este equipo de auditoría la lista de espera a la que refiere el ente auditado en su descargo, si bien es parte de la demanda insatisfecha, no es el concepto que está en discusión

²⁶ Ver punto 6.5) de Aclaraciones Previas

²⁷ Ver descargo del auditado en nota al pie Aclaraciones previas N° 6.9.10

²⁸ El descargo del auditado dice: “La DGPSA cuenta con todos los insumos necesarios para operar con normalidad. Se ha incorporado una impresora multifunción con capacidad para escanear e imprimir. Los legajos se encuentran adecuadamente preservados y archivados. Los profesionales pueden acceder a los legajos con facilidad y la información se encuentra debidamente protegida”.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

analizado el caso y las acciones llevadas a cabo, se concluyó que la documental presentada carece de los siguientes atributos:

- a) Faltan las firmas y los sellos de los profesionales intervinientes de la DGPSA en las entrevistas realizadas al resto de los residentes de la Comunidad Terapéutica el 16/4/2010.
 - b) Faltan las firmas y los sellos en las copias de las notas emitidas por la DGPSA al Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y a la Asesoría Tutelar N°1 a las que el equipo de auditoría tuvo acceso.
 - c) No se acredita que se haya llevado a cabo el tratamiento de psicoterapia individual del resto de los residentes, de acuerdo a lo recomendado por el profesional psicólogo en su informe del 16/4/2010.
- 14) La confección de la ficha de admisión contienen fallas que dificultan la confección de informes que deberían ser enviados a las ONG en el momento de la derivación del residente y la toma de conocimiento del caso. En la Aclaración Previa N° 6.9.12) se detallan ejemplos de los mencionados errores.
- 15) La documentación que emite el programa 62, luego en el año 2010 Programa 71, no está firmada formalmente por la máxima autoridad de la Unidad de Coordinación o el Director Operativo, según corresponda. La firma de toda la documentación hace a la formalidad y por ende a la responsabilidad de las decisiones adoptadas. No se pudo obtener evidencia de autorizaciones escritas que deleguen en otra persona la firma en representación de la máxima autoridad de la Unidad de Coordinación o del Director Operativo.
- 16) En 10 de 14 casos que representan el 71,43% de los casos en que se trata de atención a menores no se acredita el cumplimiento del artículo 2 del Decreto 1527/03²⁹ y el artículo 73 de la Ley 114³⁰ que obliga a las entidades

²⁹ Artículo 2 del Decreto 1527 del GCBA del 8/9/2003: Las entidades públicas o privadas, que presten alojamiento a niños, niñas o adolescentes, en los términos del artículo 73 de la Ley 114, deben notificar dicha circunstancia, al Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y a la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el plazo de (12) horas de producido el ingreso de la apersona a la Institución.

públicas a informar al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes la internación del mismo.

17) No se hallaron evidencias que las comunidades terapéuticas propias de la Ciudad hagan informes mensuales a la Dirección del Programa 62 tal como lo hacen las ONG´s conveniadas³¹.

OBSERVACIONES DE TIPO PARTICULAR SOBRE LOS LEGAJOS DE ADMISIÓN DE LOS RESIDENTES ATENDIDOS

18) Las pruebas efectuadas sobre los Legajos de Admisión demostraron la existencia de desprolijidades, fallas en los controles internos y en las tareas de supervisión dificultando el seguimiento del tratamiento de los pacientes.

32

DEL MOVIMIENTO DE FONDOS (TESORERIA, CONTADURÍA y PRESUPUESTO)

19) Fallas en el control de integridad en la etapa del “Devengado” reconocido por la DGPSA. En efecto, se ha comprobado que existe una diferencia de \$1.258.876,99 al 31/12/2009, entre los registros contables del inciso 5 Transferencias según la DG de Contaduría que asciende a \$3.572.397,52 y el detalle informado por la DGPSA que asciende a \$2.313520,53.

20) Se ha detectado una diferencia de \$1.504.045,64 en los pagos realizados a las comunidades terapéuticas según la contabilidad y que no figuraban en el listado de la DGPSA.

³⁰ Artículo 73 de la Ley GCBA 114 del 3/2/1999: Internación en caso de emergencia: Las entidades que cuenten con programas de albergue podrán, con carácter excepcional y de urgencia, alojar niñas niños y adolescentes sin previa determinación de la autoridad judicial competente, debiendo comunicarlo a la misma dentro de las doce horas de acaecido

³¹ La necesidad de la emisión de informes mensuales por parte de las Comunidades Terapéuticas surgiría de la aplicación de un tratamiento analógico de los requerimientos de información periódica exigidos a las Comunidades Terapéuticas conveniadas..

³² El seguimiento del tratamiento de los residentes se realiza a través del control de los informes evolutivos mensuales que cada CT envía de sus residentes. Asimismo, el control y seguimiento se realiza a través de las entrevistas con los propios residentes que se verifican en el marco de las visitas de supervisión institucionales y de los informes de supervisión respectivos. Dichos informes de supervisión son los que fueron tomados por la Auditoría al realizar este informe”.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

21) De acuerdo a las pruebas realizadas, se ha verificado que, la DGPSA ha informado a dos comunidades terapéuticas como conveniadas en el ejercicio 2009 y que habiendo recibido derivaciones no registran pagos en la contabilidad.

22) **Carpeta de Pagos de la Dirección General de Contaduría:** Del análisis efectuado en la Contaduría, sobre las 53 carpetas de Ordenes de Pago, se informa³³:

- a. No se han puesto a disposición 19 expedientes que conforman el 35,19% de la muestra.³⁴, por un monto de \$1.314.819 que representa el 49,57% de la muestra analizada.
- b. En los expedientes analizados no hay ninguna documentación que avale el servicio brindado por la ONG y que justifique el pago efectuado. La Contaduría no pueden controlar el pago ya que la DGPSA y/o la Comunidad Terapéutica no le informan el detalle del servicio prestado, esto es: la cantidad de residentes atendidos, la modalidad del tratamiento (si es internación o ambulatorio), el precio unitario por tratamiento, precio total etc. Sin embargo, no se han hallado evidencia que demuestre que la Dirección General de Contaduría reclame a la DGPSA la información mencionada para poder ejercer el mínimo control necesario para garantizar que la gestión se cumpla con los requisitos del artículo 7 de la Ley 70.³⁵.

³³ Dice el descargo: “La DGPSA si bien efectúa el control del servicio prestado por las CT, no es responsable del archivo de los expedientes de pago, que son archivados por la Dirección General de Contaduría. Asimismo, en cuanto a la justificación del pago efectuado, se informa, que la Dirección Operativa de Asistencia Social en Adicciones, coteja las planillas emitidas por las ONG donde informan la cantidad de personas atendidas en el mes con los registros internos del sistema informático. La Dirección Operativa consolida la liquidación en una nueva planilla por CT con nombre y apellido de las personas asistidas, modalidad de tratamiento, beca unitaria, y total a pagar que corresponde a cada una, la cual es remitida a la DGPSA. (Ver Anexo XIII). Luego la DGPSA emite y eleva a la Subsecretaría de Promoción Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, el expediente con la mencionada planilla de liquidación con el propósito de que tome conocimiento. Luego desde la Subsecretaría de Promoción Social, se envía a la DGTaYL, del Ministerio de Desarrollo Social, que realiza la reserva de la partida y luego se gira a la Dirección General de Contaduría, que se encarga de generar las órdenes de pago para enviarlas finalmente a la Dirección General de Tesorería dependiente del Ministerio de Hacienda, para que efectivice el pago correspondiente. De ésta manera, la Dirección General de Contaduría podrá realizar un segundo control cruzado en el sistema de pagos. La observación de que no se hallaron recibos emitidos por las ONGs como constancia de los pagos efectuados por el GCBA no corresponde atento al sistema de pago, cuya acreditación es bancaria. Cabe destacar, que no es deber del GCBA requerir recibos por parte de las ONGs por considerar suficiente la acreditación en la cuenta bancaria abierta a tal fin por la ONG. Cabe destacar, que el seguimiento de los pagos se hace mediante el sistema SIGAF. (Ver Anexo XIV).

³⁴ Ver apartado 5a) de Limitaciones al Alcance

³⁵ **Artículo 7º** - Son objetivos de esta Ley, y por lo tanto deberán tenerse presentes principalmente para su interpretación y reglamentación, establecer como responsabilidad propia de la administración superior de cada jurisdicción o entidad del Sector Público de la Ciudad, la implantación y mantenimiento de:

- c. No obra en los expedientes copia del recibo que debe emitir la Comunidad Terapéutica de conformidad con el pago efectuado por la Ciudad.
- d. El expediente 94.407 del ejercicio 2010 por \$48.110 fue abonado según las constancias obtenidas de la labor realizada en la Dirección General de Tesorería, sin embargo en la DG de Contaduría, existe un ajuste contable anulando dicho pago y no se adjunta ninguna documentación que justifique dicha anulación contable.

23) De la revisión efectuada se observa que la subejecución presupuestaria del año 2009 alcanzó un 10,2%, mientras que la relación entre el crédito devengado y el de sanción alcanzó un 47% en ese año, evidenciando errores en la planificación. Esto no se repite en el año 2010, ya que la relación entre el crédito devengado y el de sanción representó el 81%.

24) **Falta de Uniformidad en la confección presupuestaria.** Según se expone en el apartado “Limitaciones al Alcance”, el análisis efectuado a los presupuestos 2009 y 2010, no ha permitido llevar a cabo un control comparativo de las metas físicas presupuestadas y reales así como de las actividades que componen los programas de atención a las adicciones. En efecto, considerando que, las referidas actividades tanto en el ejercicio 2009 como en el ejercicio 2010, son: “Observatorio”, “Prevención” y “Asistencia y Reinserción de Personas” es dable esperar que, los presupuestos 2009 Y 2010, hubiesen tenido idéntica apertura presupuestaria para realizar la

-
- a. *Un sistema contable adecuado a las necesidades de registro e información y acorde con su naturaleza jurídica y características operativas.*
 - b. *Un eficiente y eficaz sistema de control interno normativo, financiero, económico y de gestión sobre sus propias operaciones, comprendiendo la práctica del control previo y posterior y de la auditoría interna.*
 - c. *Procedimientos adecuados que aseguren la conducción económica y eficiente de las actividades institucionales y la evaluación de los resultados de los programas, proyectos y operaciones de los que es responsable la jurisdicción o entidad.*

Esta responsabilidad se extiende al cumplimiento del requisito de contar con personal calificado y suficiente para desempeñar con eficiencia las tareas que se le asignen en el marco de esta Ley.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”
evaluación de la gestión mediante la medición comparativa de los gastos y los recursos asignados.^{36 37}

8. RECOMENDACIONES

De las Observaciones realizadas en el apartado anterior, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires recomienda:

MARCO JURIDICO DE LA GESTIÓN

- 1) Se deberá crear el Comité Interministerial establecido por el artículo 5º del Decreto N° 484/GCABA/10.
- 2) En todos los convenios firmados con las Comunidades Terapéuticas deberá figurar la fecha de celebración con prescindencia de la fecha en la que se inscribe en la Escribanía General del GCBA.
- 3) La Dirección General deberá cumplir en todos los casos con el protocolo establecido por la Disposición N° 7-DGPSA-10.
- 4) Previo a la firma del Convenio la DGPSA deberá controlar que la Comunidad Terapéutica haya presentado toda la documentación en tiempo y forma.
- 5) La DGPSA deberá llevar a cabo como mínimo cuatro visitas anuales para supervisar la tarea llevada a cabo por la Comunidad Terapéutica, según lo establece la Disposición N° 7 del 3/9/2010.
- 6) Los informes de supervisión deberán detallar el nombre y apellido de los pacientes internados, estar firmados por los profesionales psicólogos, hacer mención si las historias clínicas cumplen con el Decreto 208/2001, y verificar el cumplimiento del artículo 6 de la Ley 153.
- 7) La DGPSA no deberá permitir que los profesionales supervisores que emitan los informes sean personas que no figuren en la nómina del personal.

³⁶ Tal como se menciona en el apartado “Objeto” de la auditoría, en el presupuesto 2009 las actividades Observatorio, Prevención y Asistencia y Reinserción de Personas se dividieron en los programas 60, 61 y 62, mientras que, en el presupuesto 2010 todas estas actividades se agruparon en el programa 71.

³⁷ Dice el descargo: “Respecto a la observación acerca de la uniformidad en la confección presupuestaria, se informa que a partir del período 2010 las unidades de medida son compatibles con cada actividad que conforma el programa 71”.

- 8) Se deberá poner a disposición de la AGCBA toda la documentación necesaria para llevar a cabo sus tareas específicas. Asimismo, la DGPSA deberá desarrollar un sistema informático propio, con el objeto de evitar el acceso a los archivos de los pacientes atendidos a personas ajenas al programa.

DEL CONTROL SOBRE LAS METAS FÍSICAS (REALES Y PRESUPUESTADAS) DE LOS EJERCICIOS 2009 Y 2010

- 9) La DGPSA deberá instrumentar los circuitos de información, de control interno y de tareas de supervisión que permitan mejorar la gestión. Asimismo, la DGPSA deberá poner a disposición de la AGCBA toda la información requerida, como por ejemplo, papeles de trabajo de las metas presupuestadas con el objeto de poder verificar los criterios aplicados para su confección.
- 10) La DGPSA deberá instrumentar los mecanismos necesarios para el estudio de la Demanda Potencial y la Demanda Insatisfecha con el objeto de mejorar el conocimiento sobre la problemática en adicciones y como consecuencia implementar las acciones correctivas sobre la gestión llevada a cabo.

DE LA ADMINISTRACION DE LOS LEGAJOS DE ADMISIÓN

RECOMENDACIONES DE TIPO GENERAL.

- 11) La administración de los Legajos de Admisión deberá hacerse a través de instrucciones escritas (Manuales de Procedimientos) que tiendan al ordenamiento numérico con un adecuado nivel de seguridad física respecto del acceso de terceras personas. La organización del Programa de Asistencia y Reinserción de Personas deberá contar con una Mesa de Entradas que permita darle fecha cierta a la documentación entrante y saliente.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- 12) La DGPSA deberá presupuestar el cambio y modernización del mobiliario que se utiliza para el resguardo y archivo de la documentación, el cual deberá contar con las características de seguridad necesarias que garanticen la preservación de la documentación que está bajo la custodia de la Dirección Operativa del programa. Asimismo deberá presupuestar la compra de todos los insumos que requiera llevar a cabo una adecuada gestión.
- 13) La DGPSA deberá conservar la documentación original que acredite fehacientemente la gestión llevada cabo y como consecuencia poder rendir cuenta documentada de la tarea desarrollada y su seguimiento. El Director Operativo deberá instruir, dirigir y supervisar todas las acciones a cargo del Programa de Asistencia y Reinserción de Personas con el fin de tutelar los Derechos de la Salud de las Personas.
- 14) Los Legajos de Admisión deberán contener además de la evaluación psicológica, la evaluación médica del paciente. . La Dirección Operativa del programa de Asistencia y Reinserción de Personas, deberá confeccionar un manual de procedimientos en donde se establezca que, ante cada derivación de un paciente, se envíe a la comunidad terapéutica (propia o conveniada) una copia del Legajo de Admisión con el objeto de intercambiar información y opinión profesional que redundará en beneficio del paciente atendido. Los profesionales psicólogos deberán firmar y sellar la Ficha de Admisión. La Dirección Operativa deberá supervisar periódicamente las fichas de admisión y dejar constancia escrita de su revisión.
- 15) La DGPSA deberá procurar que todos los documentos que se incluyan en los Legajos de los pacientes conserven las evidencias y formalidades necesarias y suficientes para dar fe de los hechos incoados.
- 16) La Dirección Operativa deberá acreditar que cumple en todos los casos con el artículo 2 del Decreto 1527/03 y el artículo 73 de la Ley 114.
- 17) Se deberá exigir a las comunidades terapéuticas propias el envío de informes mensuales con la evolución personalizada de cada paciente con

el objeto de que el Director Operativo pueda tomar conocimiento del progreso del tratamiento.

RECOMENDACIONES DE TIPO PARTICULAR SOBRE LOS LEGAJOS DE ADMISIÓN DE LOS RESIDENTES ATENDIDOS

18) Se deberá establecer en forma escrita un mecanismo de control por oposición de intereses mediante el cual el Legajo de Admisión permita la reconstrucción de la evolución del paciente.

DEL MOVIMIENTO DE FONDOS (TESORERÍA, CONTADURÍA y PRESUPUESTO)

19) La DGPSA deberá realizar conciliaciones periódicas con la Dirección General Técnica Administrativa y Legal del detalle de los pagos realizados a las comunidades terapéuticas.

20 y 21) La DGPSA deberá realizar conciliaciones periódicas con la Dirección General Técnica Administrativa y Legal del detalle de los pagos realizados a las comunidades terapéuticas, a su vez, la DGTAL deberá realizar conciliaciones con la Dirección General de Contaduría y detectar y aclarar las diferencias que hubiere.

22) De la observación surgen las siguientes recomendaciones:

- a) La Dirección General de Contaduría deberá instrumentar los procedimientos administrativos y la metodología de archivo de los expedientes de forma tal que permita poner a disposición de la AGCBA toda la documentación necesaria para su examen.
- b) La Dirección General de Contaduría deberá instrumentar circuitos de información que permitan obtener la documentación necesaria para controlar el pago autorizado por la DGPSA. Este mecanismo de control por oposición de intereses adquiere relevancia toda vez que se ha comprobado que no existen controles instrumentados en todo el circuito de pagos.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- c) La Dirección General de Contaduría, deberá justificar con documentación fehaciente y autorizada con la firma del Director General las anulaciones contables de pagos efectivamente realizados.
- 23) La DGPSA deberá verificar periódicamente que, las pautas y operaciones comprometidas en el presupuesto, se están ejecutando de acuerdo a la planificación y las políticas dispuestas por el Ministerio.
- 24) La DGPSA en el momento de confeccionar el presupuesto anual, deberá tener en cuenta el principio de “Uniformidad”, respecto del diseño de las metas y de la apertura presupuestaria, con el objeto de poder llevar un control de sus objetivos y poder realizar una adecuada rendición de cuentas.
- 25) La Dirección General de Tesorería deberá exigir la emisión de un “Recibo” a la comunidad terapéutica ante cada pago mensual que se le realice. Este documento da carta de pago y exterioriza la recepción del dinero de conformidad, liberando a la Ciudad de posibles reclamos futuros, además considérese que de acuerdo al artículo 110 de la Ley 70 de la Ciudad de Buenos Aires, todo pago deberá estar respaldado por un documento que permita el juzgamiento de la disposición de los fondos.

9. CONCLUSIÓN

En la gestión de la lucha contra las adicciones, existen ciertos factores internos y externos que dificultan en determinados casos, el logro de todos los objetivos del programa.

Entre los factores internos, se destacan fallas en la organización y en los controles internos, que en algunos casos obstaculizan la medición de las metas presupuestadas y el seguimiento de los tratamientos a los que son sometidos los pacientes.

Entre los factores externos, existe una política integral y sistemática deficiente, tal como lo establece la Ley 2318/GCBA/07 y el Decreto 484/GCABA/10, por falta del efectivo control del Plan Integral de lucha contra

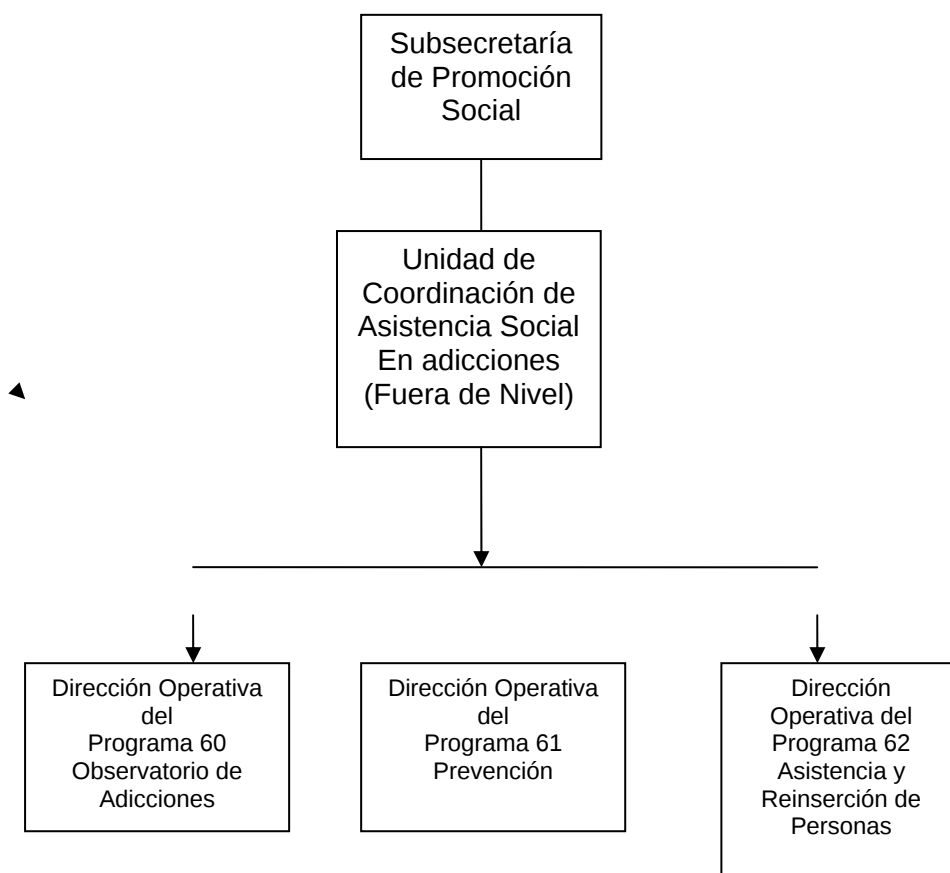
el consumo de sustancias psicoactivas, así como la falta de efectiva implementación del "Comité Interministerial" respectiva. Dicha ausencia genera que los ministerios involucrados, en determinadas situaciones, carezcan de una visión conjunta que comprenda toda la problemática y de este modo poder disminuir los riesgos que pueden resultar con/en/de la toma de decisiones en el tratamiento de las adicciones. No obstante ello, debe tenerse en cuenta la poca antigüedad del programa objeto de control. La informalidad en el circuito de información y en los registros de la actividad realizada por cada ONG, y la falta de documentación que respalda los convenios firmados con las comunidades terapéuticas, limita la cantidad de indicadores y elementos, para evaluar la gestión de un modo más exhaustivo.

Por lo expuesto, y en pos de optimizar la política pública en la temática de Adicciones es fundamental realizar ajustes en los mecanismos que hacen al control interno así como también facilitar las condiciones para que el Comité Interministerial pueda ejecutar sus funciones en el marco de una política que apunta a la integración del trabajo de los Ministerios que lo conforman.

“Anexo I”

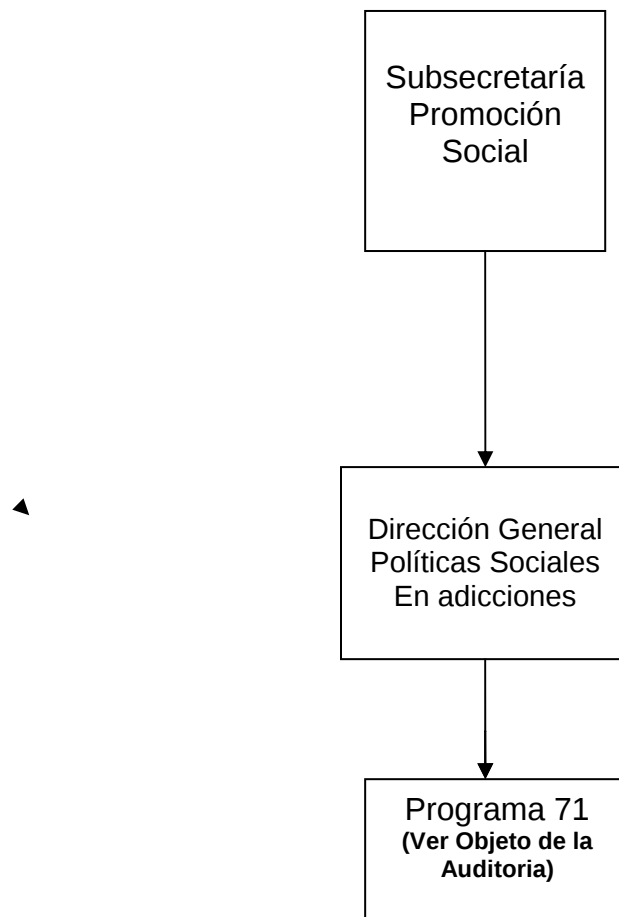
ORGANIGRAMA

Por el ejercicio fiscal 2009



“Anexo I”
(Continuación)

ORGANIGRAMA
Por el ejercicio fiscal 2010



“Anexo II”

NORMATIVA APLICADA

Normativa aplicable a las actividades desarrolladas en el marco Proyecto 9.10.02 de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones.

- **NORMAS SUPRANACIONALES:**

- 1) **Convención sobre los Derechos del Niño.** Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.

- **LEGISLACIÓN NACIONAL:**

- 2) Constitución Nacional Argentina.
- 3) Ley 153/99 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
- 4) Ley 26.061 – B.O. 30767/26-10-05. Disposiciones generales. Objeto. Principios, Derechos y Garantías. Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Órganos Administrativos de Protección de Derechos. Financiamiento. Disposiciones complementarias.
- 5) Ley N° 23.849 - Sancionada el 27/09/1990 y promulgada el 16/10/1990. B.O. 26.993/22-10-1990. Aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño.
- 6) Ley 26529/09. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- 7) Ley N° 26.657 –Sancionada el 25/11/2010 y promulgada el 2/12/2010. B.O. 32041/03-12/10. Ley Nacional de Salud Mental.
- 8) Ley N° 25.326 – Ley de Protección de Datos Personales. B.O. 2000/11-02-00

- 9) Ley N° 19.836 –Sancionada el 15/09/1972. B.O. 22512/25-09-72.
Regula la creación y funcionamiento de las Fundaciones.
- 10) Decreto N° 415/PEN/2006 de fecha 17/04/06 que aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. B.O. 30887/18-04-06.
- **LEGISLACIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES:**
- 11) CONSTITUCIÓN DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.
B.O. 47 Separata 10/10/1996. Libro primero “Derechos, garantías y políticas especiales”, Título segundo “Políticas especiales”, Capítulo décimo “Niños, niñas y adolescentes”.
- 12) Ley N° 70 - Administración Financiera y Control de Gestión del Sector Público. Sancionada el 27/08/1998. B.O. 884/18-02-00.
- 13) Ley N° 114 - Sancionada el 3/12/98 y promulgada de hecho el 03/02/1999. B.O. 624/03-02-99. Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Crea el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, las Defensorías Zonales y el Registro de Organizaciones Comunitarias y Organismos No Gubernamentales. Dispone Mecanismos para la Transferencia de las funciones no federales del Consejo Nacional del Menor y la Familia a la CABA. Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines Adoptivos.
- 14) Ley 2.318 – Sancionada el 3/05/07. B.O. 2702/11-06-07. Ley de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- 15) Ley N° 2.881 – Sancionada el 16/10/2008 y promulgada de hecho el 17/11/2008. B.O. 3069/02-12-08. Regula las condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- 16) Ley N° 448 – Sancionada el 27/07/2000 y promulgada por Decreto N° 1513/2000 del 31/08/2000. B.O. 1022/07-09-00. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.
- 17) Decreto N° 635/GCBA/04 – Reglamentación de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. De fecha 22/04/2004. B.O. 1927/26-04-04.
- 18) Decreto 417/GCBA/2008 – B.O. 2916/24-04-08. Establece el correo electrónico institucional de la Ciudad como medio de comunicación fehaciente.
- 19) Decreto 1527/GCABA/03 – B.O. 1773/11-09-03. Establece que la Asesoría General Tutelar es la Autoridad Competente para cumplir con la comunicación prevista en el Art. 73 de la Ley N° 114.
- 20) Decreto 415/06 B.O. 18/4/2006- Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Aprueba la reglamentación de la Ley N° 26.061.
- 21) Decreto 1156/09 – B.O. 3335/07-01-10. Modifica la estructura orgánico funcional del Ministerio de Desarrollo Social
- 22) Decreto 484/GCBA/10 – B.O. 3445/22-06-10. Crea el Comité Interministerial.
- 23) Resolución N° 313-MJGGC/10 – Aprueba la estructura organizativa. Designa autoridades a partir del 1/04/2010. B.O. 3412/03-05-2010.
- 24) Resolución N° 128/GCABA/10 – B.O. 3356/05-02-10. Nombramiento de Claudio Parrilla como titular del Organismo Fuera de Nivel Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones.
- 25) Disposición N° 07-DGPSA/10 – Aprueba los circuitos de intervención (Protocolos).

“Anexo III”

DETALLE DE LA MUESTRA UTILIZADA PARA LOS PAGOS A LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

a) Por muestreo estadístico

FECHA	Nº DE EXPEDIENTE	IMPORTE DEVENGADO
2009	21368	38.475,00
2009	21377	7.357,50
2009	21386	2.092,50
2009	893	(10.192,50)
2009	21398	3.577,50
2009	21407	4.657,50
2009	21392	15.390,50
2009	34188	27.675,00
2009	34192	9.990,00
2009	34193	9.720,00
2009	50237	11.002,50
2009	64571	39.892,50
2009	64587	16.605,00
2009	94132	19.170,00
2009	159669	19.777,50
2009	159670	22.244,00
2009	159675	27.405,00
2009	162528	55.000,00
2009	174268	4.995,00
2009	174349	31.252,50
2009	174350	38.002,50
2010	50439	16.915,00
2010	50462	28.645,00
2010	63222	32.395,00
2010	63232	36.975,00
2010	72100	54.000,00
2010	91402	63.540,00
2010	91378	28.427,50
2010	92947	32.130,00

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

2010	91378	28.427,50
2010	94407	48.110,00
2010	94407	(48.110,00)
2010	108007	54.000,00
2010	108143	50.830,00
2010	132042	38.250,00
2010	160511	12.750,00
2010	160544	36.890,00
2010	172267	17.940,00
2010	201677	9.720,00
2010	193929	54.000,00
2010	195497	44.285,00
2010	195507	2.280,00
2010	204957	24.102,00
	Subtotal a)	1.060.591,50

b) Por Criterio del auditor

FECHA	Nº DE EXPEDIENTE	IMPORTE DEVENGADO
2009	67368	180.000,00
2009	93649	324.000,00
2009	93656	279.000,00
2009	106321	135.000,00
2010	50460	94.265,00
2010	63261	91.205,00
2010	160507	106.165,00
2010	160549	92.310,00
2010	171791	117.300,00
2010	171813	90.100,00
2010	195478	110.925,00
	Subtotal b)	1.620.270,00
	Total General de la Muestra : a) + b)	2.680.861,50

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

“Anexo IV”

DETALLE DE LOS EXPEDIENTES NO PUESTOS A NUESTRA DISPOSICIÓN POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE CONTADURÍA DE LA CABA

FECHA	Nº DE EXPEDIENTE	IMPORTE DEVENGADO
2009	64571	39.892,50
2009	64587	16.605,00
2009	93649	324.000,00
2009	93656	279.000,00
2009	159669	19.777,50
2009	159670	22.244,00
2009	159675	27.405,00
2009	174268	4.995,00
2009	174349	31.252,50
2009	174350	38.002,50
2010	50439	16.915,00
2010	50460	94.265,0
2010	63222	32.395,00
2010	63232	36.975,00
2010	63261	91.205,00
2010	72100	54.000,00
2010	94407	(48.110,00)
2010	193929	54.000,00
	Total	1.314.819,00

“Anexo V”

DETALLE DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS CONVENIADAS

El Reparó	Italia 2597 -San Miguel Pcia Bs As
Candil	Chile 4035 – La Lonja-Pilar Pcia de Bs As
Casa del Sur	Sede Monte Grande;; San Pedrito 524 Pcia de Bs As, Sede San Martín: Cahcabuco 715 Pcia de Bs As
Esperanza	Hipólito Irigoyen 3447 CABA
Raíces	Calle 10 entre 65 y 67 Mercedes Pcia de Bs As
Despertares	Bufano 3870 – Ituzaingó Pcia de Bs As
Manantiales	Av Entre Ríos 831 CABA
Santa Clara de Asís	Las Heras 2398 Glew Pcia de Bs As
Por un Mundo Nuevo	Manuel Castro 1814 Banfield Pcia de Bs As
Los Naranjos	General Pueyrredon 1634 San Pedro Pcia de Bs As
El Palomar	Mentruit 361 Banfield Pcia de Bs As
Creer es Crear	Calle 73 N° 5469 Hudson Pcia de Bs As
Araucaria	Del Viejo Tranvía 52 San Vicente Pcia de Bs As
El Almendro	Rizzo Patron 67 CABA
Convivir	Gallo 950 CABA
Anaque	Margarita Weild 1278 Lanús Este
San Mateo	San Miguel del Monte 343 San Vicente Pcia de Bs As
Niños de Argentina	
Hay Otra Esperanza	
Por Decir	Coronel Pringles 1609 Ituzaingó Pcia de Bs As

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

“Anexo V”
(Continuación)

Documentación requerida	El Candil	El Reparo	Casa del Sur	Esperanza	Raíces	Despertares	Manantiales	Sta. Clara de Asís	Por Decir	Nuevo Mundo	LOS Naranjos	El Palomar	Creer es Crear	Araucaria	Convivir	Ananke	Niños de Argentina	Hay Otra Esperanza	Total	% DE FALTANTES
CDNRYA (inscripción en Registro ONGs)				1					1		1				1		1	1	6	33,33%
CENOC (certificado de inscripción en el Registro)			1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	12	66,67%
IGJ (registro)			1				1	1	1										4	22,22%
Estatuto de conformación							1	1			1								3	16,67%
Actas constitutivas								1			1			1		1			4	22,22%
Última renovación de autoridades						1		1	1					1					4	22,22%
Proyecto de intervención			1					1	1	1	1	1							6	33,33%
CUIT vigente					1					1							1		3	16,67%
Deudores Alimentarios Morosos (del presidente)				1		1		1	1	1	1							1	7	38,89%
Constancia de no subsidios preexistentes				1	1	1	1	1	1	1	1	1		1			1	1	12	66,67%
Último balance							1		1	1			1				1	1	6	33,33%
Fotocopia DNI (titular de la ONG)										1	1						1		3	16,67%
Constancia de juicios pendientes					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	13	72,22%
Apertura de cuenta (Caja de Ahorro)			1		1	1	1	1	1		1	1				1		1	10	55,56%
Habilitación municipal						1	1	1				1					1	1	6	33,33%
Habilitación sanitaria						1	1	1				1		1	1		1	1	8	44,44%
Emergencias médicas				1				1		1	1		1				1	1	7	38,89%
Título de propiedad (donde funciona la ONG)			1			1	1	1	1	1	1	1			1		1	1	11	61,11%
Seguro de Responsabilidad Civil											1							1	2	11,11%
Matafuegos				1				1		1	1						1	1	6	33,33%
Defensa Civil y/o Bomberos (certif. - Evacuación)								1			1			1				1	4	22,22%
Copia del Convenio celebrado																			0	0,00%
Constancia de haber recibido ejemplares de la DG.				1				1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	11	61,11%
Registro Nacional de Prestadores				1		1	1	1	1		1	1			1		1	1	10	55,56%
cantidad de visitas de supervisión 2009			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cantidad de visitas de supervisión 2010		5	5	1	1	0	2	1	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	21

NOTA: Los nº 1 que figuran en la planilla significa que la ONG no presentó el documento correspondiente, previo a la firma del convenio. Asimismo, se aclara que las comunidades El Almendro y San Mateo no se incluyeron ya que suscribieron sus convenios con la DGPSA en el año 2011, fuera del período auditado.

“Anexo VI”

GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS

Seguidamente, se desarrolla una breve explicación de algunos términos o conceptos utilizados en la redacción de las Observaciones, con el objeto de mejorar la lectura e interpretación de las mismas.

➤ **Legajo personal del paciente:**

Tal como se explica a lo largo del presente informe, cuando el paciente llega a la calle Piedras 1281 CABA, (dependencia de la DGPSA en donde funciona el programa 62), es atendido por un/a psicólogo/a quien le efectúa una entrevista de admisión y releva el caso. Todos estos datos son volcados por el profesional a un “Legajo Personal del Paciente” que es numerado en forma correlativa progresiva y consecutiva. Este legajo contiene:

- a) Ficha de Admisión: es un formulario estandarizado preimpreso y sin numerar en donde se registran todos los datos personales, familiares del paciente. Asimismo se incluye todo lo relativo a las adicciones que manifiesta el entrevistado.
- b) Copia de los informes mensuales que envían las ONG’s (comunidades terapéuticas), en donde se hace un breve resumen de las actividades del paciente, se evalúa su conducta en comunidad y se informa el tratamiento brindado.
- c) Informes de la comunidades terapéuticas con la fecha y hora del ingreso del paciente a la comunidad
- d) Informes de las comunidades terapéuticas con la fecha y hora del egreso y los motivos por los cuales el paciente se retiró de la comunidad.
- e) Resoluciones del Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescente, las derivaciones a la DGPSA de los residentes internados en los distintos Institutos.³⁸

³⁸ Instituto Ursula LLona de Inchausti, Instituto de Menores General Manuel Roca, Instituto de Menores General San Martín dependientes del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (CONNAF). Este Consejo depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

- f) Oficios judiciales por derivaciones del paciente
- g) Oficios de la Defensoría del Pueblo.

Historia Clínica.

Cuando en el presente informe de auditoria se hace referencia a la “Historia Clínica”, se está informando respecto de la documentación a la que se refiere el Decreto 208/2001 reglamentario de la Ley 153 Ley Básica de Salud de la CABA. Esta documentación se halla en poder de las Comunidades Terapéuticas Conveniadas y difiere de los Legajos Personales de los Pacientes que son los que se confeccionan en la DGPSA y que se explican en el apartado anterior.

➤ DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión, (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

El DSMIV no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”
acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales
y criterios éticos necesarios

➤ **EJES DEL DSMIV Evaluación Multiaxial**

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios “EJES”, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de los resultados. Es así que el DSM-IV evalúa al paciente en diferentes variables y como consecuencia el diagnóstico psicológico consta de cinco ejes:

- a) **Eje I:** en él se codifican los trastornos psiquiátricos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica. (ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social)
- b) **Eje II:** se codifican en este eje los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa. (ejemplo: trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado)
- c) **Eje III:** en este eje se incluyen las enfermedades médicas y los problemas físicos cuando van acompañados de un trastorno mental.
- d) **Eje IV:** se codifican en este eje los problemas ambientales y psicosociales que contribuyen con un trastorno. (ejemplo: desempleo, trastornos conyugales, duelo)
- e) **Eje V:** Se evalúa el funcionamiento global del paciente. (ejemplo: psicológico, social y ocupacional)

Cabe aclarar que cada “EJE” tiene una nomenclatura específica para encuadrar el diagnóstico del paciente efectuado por el profesional. En los párrafos siguientes se detallan algunos ejemplos para clarificar estos conceptos:

Eje I Trastornos clínicos

Ejemplos

Item 4 Trastornos Relacionados con Sustancias

F 15.2 Abuso de anfetamina

F 12.04 Intoxicación con Cannabis , con alteraciones perceptivas

F 18.51 Trastorno psicótico inducido por inhalantes con ideas
delirantes

Eje II: Trastornos de la personalidad/Retraso mental

También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de
defensa y características desadaptativas de la personalidad.

Ejemplos

- Mecanismos obsesivos de defensa
- Disociación de ideas
- Conductas fóbico-evitativas

Eje III: Enfermedades médicas

Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente
relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental
del sujeto.

Ejemplos:

- Problemas gastrointestinales
- Estrabismo
- Dentadura deteriorada y falta de algunas piezas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden
afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los
trastornos mentales.

Ejemplos:

- Muerte del padre hace 2 años
- Falta de hogar
- Pérdida del trabajo

Eje V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Ejemplos:

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- 20-11: Intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte
- 40-31: El lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante
- 70-61: Humor depresivo e insomnio ligero

➤ **DIFERENCIA ENTRE “SUBEJECUCIÓN” Y “REDUCCIÓN”
PRESUPUESTARIA**

- a) La “Reducción Presupuestaria”, es la decisión, plasmada en un Acto Administrativo, mediante la cual se disminuye el presupuesto global asignado a un programa debido a que, la planificación demuestra la necesidad de utilizar los fondos en otros programas presupuestarios.
- b) La “Subejecución Presupuestaria” representa la no utilización de los fondos autorizados a erogar en un determinado gasto.

“Anexo VII”

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EFECTUADAS

Nº DE LEGAJO

RESULTADO DE LAS PRUEBAS EFECTUADAS

- 189
 - No consta en la ficha de admisión si en la ONG en donde fue derivado el paciente se le realizó algún tipo de psicodiagnóstico para evaluar la personalidad y confirmar o rectificar el diagnóstico hecho por la DGPSA.
 - El Legajo de Admisión informa que a este paciente se lo deriva a una determinada Comunidad Terapéutica en febrero de 2009. Sin embargo no dice nada respecto de la gestión llevada a cabo entre el 11/2/2009 fecha de ingreso a la DGPSA y la consecuente derivación a una Comunidad Terapéutica y el 19/6/2009 fecha de ingreso y fuga de otra Comunidad Terapéutica distinta a la anterior.
 - El informe de la última Comunidad Terapéutica mencionada en el apartado anterior, es ilegible. Desde un punto de vista de auditoria no se puede opinar sobre la evolución de la enfermedad de paciente.
- 449
 - No consta en la ficha de admisión, la evaluación hecha al paciente por la Comunidad Terapéutica a la que fue derivado tal como lo solicita el profesional de la DGPSA.
 - El documento en donde la DGPSA informa al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes que el residente ingresó a la Comunidad Terapéutica no tiene sello ni firma ni membrete.
- 312
 - No hay informe final del profesional de la DGPSA como síntesis de la primera entrevista donde se informe si se

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

encuadra dentro de los grupos de riesgos a nivel personal y comunitario.

- En los informes que envía la Comunidad Terapéutica no figura el tipo de tratamiento que se le está haciendo al paciente.
 - El informe de la Comunidad Terapéutica del 4/5/2009 no es legible.
 - Falta el documento que acredite el ingreso a la Comunidad Terapéutica de la cual el paciente se fuga el 13/9/2009.
 - El 20/1/2011 figura en el legajo un papel sin firma ni membrete de un lugar que no se puede identificar, en donde dice que el paciente estuvo internado desde el 14/1/11 hasta el 19/1/11 en que hace abandono con conductas de violencia hacia el entorno. No refiere haber sido tratados dichos estados de violencia por un psiquiatra.
 - No existe constancia de las medidas adoptadas por la DGPSA luego del informe presentado por la Comunidad Terapéutica sobre la conducta del paciente respecto a su entorno.
- 385 • Sobre la base del informe enviado por la comunidad terapéutica, el grupo de psicólogos del equipo de auditoría, observa que, este residente no está en condiciones de esperar tres meses para acceder a la terapia individual como lo indica la Comunidad Terapéutica ya que, el mismo informe, manifiesta que el paciente reclama distintas escuchas personales para evacuar sus angustias.³⁹
- El informe de la Comunidad Terapéutica del 31/5/09 no tiene firma ni sello identificatorio. No se puede aseverar que este informe haya sido recepcionado el 31/5/2009 ya que no tiene sello que le de fecha cierta a la recepción del documento a la

³⁹ El informe de la comunidad terapéutica del 1/6/2009, informa que para acceder a una terapia individual, el paciente debe tener un lapso de 3 meses de tratamiento ya que así lo requiere el programa de la comunidad.

DGPSA.

- Adjunto a este legajo se halló el informe de la Comunidad Terapéutica de otro paciente mal archivado.
- 514 • Adjunto en el Diagnóstico se enumeran los ejes del DSMIV pero no se detalla la descripción de los mismos. (ver Glosario términos utilizados-Anexo VI).
- 592 • El documento que manifiesta que el paciente ingresó el 24/4/2009 a la Comunidad Terapéutica está sin membrete, por lo tanto no se pudo confirmar su procedencia. Existen otros documentos sin membrete por ejemplo el del 8/9/2009.
 - La ficha de admisión no detalla el DNI del paciente.
 - El legajo de admisión no informa qué sucedió entre el 20/7/2009 fecha de ingreso a la DGPSA y el 24/7/2009 fecha de ingreso a la comunidad terapéutica.
- 657 • A este paciente se le confeccionaron dos fichas de admisión distintas. Una de ellas no tiene fecha de ingreso. La otra tiene fecha de ingreso el 4/10/10. No se sabe el motivo por el cual le abrieron para la misma persona dos fichas distintas.
 -
 - **Con respecto al Legajo que no tiene fecha de ingreso**
 -
 - Falta la autorización de la derivación a la Comunidad Terapéutica propia así como también la respuesta de ésta informando la fecha del ingreso y del egreso a dicha comunidad.
 - Falta el informe de Comunidad Terapéutica propia entre el 29/9/2009 y el 4/3/2010.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- Falta el envío a la Comunidad Terapéutica conveniada del informe con los datos de la ficha de admisión por la derivación efectuada el 4/3/2010.
- El profesional interviniente de la DGPSA no se pudo identificar ya que no figura su apellido. Figura solamente su nombre de pila.
- El Legajo del paciente dice que es derivado del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, pero no hay una notificación ni ninguna otra documentación que lo acredite.
- No figura la fecha de ingreso del paciente.
- Cuando se opina sobre la enfermedad dice que es adicto a varias sustancias y no aclara cuales son. El paciente solo aclara que consume una sola sustancia, paco.
- Existe una inconsistencia en el legajo del paciente ya que dice que éste tiene 16 años y que la edad de inicio en el consumo es desde que tiene 16 años. Sin embargo, en el legajo que tiene fecha de ingreso dice que la edad de comienzo en el consumo es desde que tiene 12 años.
- **Con respecto al Legajo que tiene fecha de ingreso**
- Este legajo tiene hecho anotaciones desprolijas sin respetar los espacios y renglones destinados a tal fin. La redacción es incomprensible.
- En la opinión ponen frases de las cuales no se puede inferir el significado de lo expuesto.
- Este legajo refiere a un oficio judicial pero no contiene documentación respaldatoria del mencionado oficio.
- No consta copia o informe de la Comunidad Terapéutica propia respecto de la evaluación realizada al paciente el 30/9/2009.
- El Informe de la DGPSA a la Comunidad Terapéutica

convenida del 4/3/2010 dice que el paciente se presentó con un representante de la Defensoría y con la madre. Sin embargo la ficha de admisión no dice nada al respecto. Asimismo, no hay copia del oficio de la Defensoría en donde constara la identificación del personal que se hace presente conjuntamente con el paciente. Este informe se envía via Fax y no tiene firma.

- El diagnóstico está en blanco.
- Las notas del 29/9/2009 se hallan abrochadas a una nota sin fecha ni membrete, escrita en forma manuscrita y firmada por el profesional interviniente fechada el 9/2/2010 que hace una síntesis de una supuesta entrevista con el paciente. No se sabe el lugar de la confección de esta nota, no se sabe su utilidad y a quien fue enviada. En ese manojito de hojas abrochadas figuran restos de hojas que fueron arrancadas y se desconoce el motivo y el contenido de esas hojas faltantes.
- Falta la nota del Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes, en donde se le solicita a la DGPSA (Piedras 1281) que evalúe al paciente en el Instituto Roca
- La Comunidad Terapéutica convenida, informa que el paciente ingresó el día 7/6/2010, mientras que, la DGPSA (Piedras 1281) informa el 9/6/2010 al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes que el paciente ha sido evaluado en el Instituto Roca y se Internará en la Comunidad Terapéutica Convenida.
- Con fecha 16/6/2010 la Comunidad Terapéutica informa que el paciente ingresó el 7/6/2010 y abandona el 15/6/2010. El mismo 16/6/2010 la Comunidad Terapéutica informa que el paciente ingresó el día 14/6/2010 con un egreso el día

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

15/6/2010. Por lo tanto falta documentar el egreso entre el 7/6/2010 y el del 14/6/2010

- 996
 - La ficha de admisión no aclara en donde se va a internar al paciente.
 - La ficha de admisión no tiene informe del profesional.
 - No se conoce la fecha y el motivo del egreso en la Comunidad Terapéutica propia, el tratamiento que le hicieron, si a la fecha el paciente se encuentra internado ni los informes de la evolución de su enfermedad.
- 1930
 - La ficha de admisión no explica el diagnóstico por el DSMIV⁴⁰. Asimismo, falta completar el enunciado de los cuatro ejes del diagnóstico y la fundamentación por las cuales el profesional ha llegado al mismo. a través de la entrevista psicológica por el DSMIV.
 - Respecto al estado de salud: el cuestionario manifiesta que el paciente no sabe si tiene HIV. Se lo interna sin saber si tiene sífilis, HIV, hepatitis u otra enfermedad infectocontagiosa. Por lo tanto no evalúa mediante un análisis clínico el riesgo de contagio.
 - El paciente abandona el tratamiento y de la lectura del legajo de admisión no se acredita que tipo de acciones adoptó la DGPSA para que el paciente lo retome, como por ejemplo enviando asistentes sociales a su domicilio ya que se posee esta información por la ficha de admisión.
- 726
 - No se pudo obtener evidencia que cuando se deriva un paciente a la ONG, se envíe conjuntamente un informe acerca de los datos obtenidos del paciente.
 - Existe una inconsistencia en la fecha de ingreso informado por

⁴⁰ Ver punto 6.5) de Aclaraciones Previas-Anexo VI

la Comunidad Terapéutica conveniada. Se envía un fax cuyo recibo de recepción está fechado el 21/10/2009 sin embargo el texto dice que el paciente ingresó el 22/10/2009.

- En el legajo del paciente, no se exterioriza porqué si el paciente ingresa el 11/9/2009 y se lo deriva a una Comunidad Terapéutica propia, aparece ingresando el 21/10/2009 en la Comunidad Terapéutica conveniada.
 - No se explica qué sucedió con el paciente entre el 14/10/2009 fecha en la cual el paciente estaba internado en la Comunidad Terapéutica propia y el 22/10/2009 fecha en la que ingresó a la Comunidad Terapéutica conveniada.
 - No hay informes mensuales de la Comunidad Terapéutica conveniada entre el 22/10/2009 fecha en la que ingresa en ésta y el 6/1/2010 fecha en la que se informa su egreso. Por lo tanto no se sabe si el paciente estuvo internado durante ese período.
 - A la fecha en la que se llevó a cabo el trabajo de campo, no se sabe la situación del paciente ya que el legajo está incompleto entre le 7/1/2010 fecha en que se comunica el reingreso del paciente a la Comunidad Terapéutica conveniada y la actualidad.
 - El informe de la Comunidad Terapéutica propia del 14/10/2009 no tiene membrete ni firma.
 - El legajo no contiene informe de admisión, por lo tanto no se conoce la evaluación y la opinión del profesional y por consiguiente el riesgo que entraña el paciente.
- 1115 • El 13/1/2010 la DGPSA le informa al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes que el paciente será tratado en una Comunidad Terapéutica conveniada la cual es definida

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

en forma específica, pero no figura ninguna documentación ni anotación con el ingreso/ egreso o tratamiento del paciente en dicha comunidad terapéutica.

- No se obtuvo evidencia del ingreso del paciente a la Comunidad Terapéutica Conveniada (la cual se menciona expresamente y que es distinta a la anteriormente mencionada).
 - Existe una inconsistencia en la información enviada por la Comunidad Terapéutica conveniada del 13/4/2010. En efecto, se informa que el paciente ingresó el 9/3/2010 y que egresó el 17/2/2009.
 - El Legajo del paciente está incompleto ya que no se sabe qué ocurrió desde el 9/11/2010 fecha en la que la DGPSA solicita internar al paciente en la Comunidad Terapéutica conveniada.
- 822
- El fax de la Comunidad Terapéutica conveniada del 14/10/2010 no tiene membrete. Es desprolijo y presenta dificultad para poder interpretar las situaciones que describe.
 - El informe de la DGPSA a la Comunidad Terapéutica conveniada del 7/4/2010 se encuentra sin sello ni firma.
 - La nota de la DGPSA al Consejo de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes del 4/10/2010 no tiene sello ni firma ni aclaración.
- 1220
- La ficha de admisión no tiene opinión profesional.
 - La ficha de admisión no dice como el paciente llega a la DGPSA.
 - Falta el informe de Comunidad Terapéutica conveniada con el ingreso formal del paciente el 11/3/2010.
 - Falta el informe de Comunidad Terapéutica conveniada con el abandono del paciente el 10/5/2010.
 - Falta el ingreso a la Comunidad Terapéutica conveniada del

1/7/2010.

- Inconsistencia en la información: la Comunidad Terapéutica conveniada informa que el paciente ingresó el 9/3/2010 cuando en realidad había ingresado el 11/3/2010.
- 1293 • En ficha de admisión de la Comunidad Terapéutica del 26/08/2010, se indica que el paciente posee secundario incompleto por abandono en 2do año, mientras que en la ficha de admisión en DGPSA se consignaba secundario completo.
- El legajo está compuesto por la ficha de admisión en la DGPSA de fecha 26/08/10 y por una serie de faxes que a continuación se detallan:
 - -26/08/2010: fax que contiene bajo dicha fecha la ficha de admisión de la Comunidad Terapéutica (CT) con datos personales de la joven, y se detalla que fue acompañada por su padre y madre.
 - -27/08/2010: fax sin membrete que contiene historia clínica firmada en dicha fecha por Dra. Arrighi María G. (sin indicación de pertenencia institucional), habiendo sido el paciente auscultado clínicamente.
 - -31/08/2010: fax sin membrete que contiene anotaciones firmadas por Lic. Roxana Lafauci (sin indicación de pertenencia institucional). El mismo se presenta de dificultosa lectura y no indica sobre quién está informando.
 - 01/09/2010: fax sin membrete que contiene anotaciones firmadas por Lic. Roxana Lafauci (sin indicación de pertenencia institucional). El mismo se presenta de dificultosa lectura y no indica sobre quién está informando.

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

- Sin fecha: fax de la Comunidad Terapéutica informando que el paciente ingresó el 26/08/2010 e hizo abandono el 02/09/2010, reingresó el 02/06/2011 y fue expulsado el 06/06/2011. Sin firma ni sello.
- Todos los faxes arriba mencionados han sido recibidos en la DGPSA con fecha 13 de septiembre de 2011 según consta en la fecha de envío de los faxes. Cabe mencionar que según constancias que obran en nuestro poder, la AGCBA efectuó el reclamo del presente legajo con fecha 14 de septiembre de 2011 ya que habiéndolo solicitado oportunamente en conjunto con el resto de la muestra mediante Nota AGCBA N° 1202/2011, de fecha 12 de mayo de 2011, recibida por la DGPSA el 18 de mayo de 2011, el presente legajo fue utilizado por la DGPSA, habiendo sido nuevamente puesto a nuestra disposición el 15/09/2011, después de haber sido solicitado el mismo por el equipo de Auditoría.
- En la DGPSA se informó que el día 13/04/2011 el paciente fue nuevamente entrevistado y derivado a la Comunidad Terapéutica. No hay ninguna documentación en el legajo que acredite el ingreso del paciente a dicha CT, ni algún otro dato de qué ocurrió con la joven hasta el fax con membrete de otra CT de fecha 13 de septiembre de 2011, en el cual se detalló un ingreso a dicha CT el 02/06/2011 y un egreso por expulsión de fecha 06/06/2011.
- No se brindan razones de la expulsión de la joven de la CT de fecha 06/06/2011.

- 1301 • La ficha de admisión no consigna DNI y tampoco se evidencia en el legajo acción alguna realizada en relación a la tramitación del mismo.
- En la ficha de admisión el ítem enfermedad figura “en blanco” sin embargo el paciente presentó un cuadro de desnutrición acreditado por un hospital en el cual estuvo internado y medicado con Benadryl.
- No hay constancia donde la Comunidad Terapéutica acredite el ingreso del paciente en virtud de lo informado por DGPSA al Consejo NNYA con fecha 30/07/2010.
- El 04/10/10 hay una nota de alta de la Comunidad Terapéutica a DGPSA informando ingreso, y luego habla del abandono del tratamiento, sin indicar la fecha, del mismo.
- En el legajo aparece consignado el paciente en cuestión con tres diferentes fechas de nacimiento, a saber: en ficha de admisión se expresa 27/12/1995; en informe de Hospital de fecha 05/07/2010 figura como fecha de nacimiento 21/12/1996, y en informe de seguimiento de la Comunidad Terapéutica de fecha 01/11/2010 dice 29/12/1994.
- 1471 • La ficha de Admisión realizada en el Instituto Roca no tiene ni firma ni sello sólo dice Lic Julio Romero. /Tampoco firma el director de DGPSA
- El informe de la Comunidad Terapéutica a la Asesoría Gral Tutelar fechada 05-05-10 no contiene nombre, ni

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

firma, ni sello de quién la realizó

- No hay informe realizado al Consejo NNyA ni a comunidad terapéutica.
 - En el informe de la Comunidad Terapéutica al Juzgado con fecha 24-06-10 dicen que el joven hace abandono del tratamiento en el día de la fecha y por otro lado en la fecha de abandono dice: 20-06-10. Tampoco se sabe qué profesional ha redactado dicho informe ya que no figuran ni nombre, ni firma ni sello.
 - El informe del Fax de la Comunidad Terapéutica a la Asesoría Tutelar del 17-05-10 informando el ingreso del joven es enviado 10 días después de haber ingresado el mismo y 9 días después de haber hecho abandono de la institución.
- 1478
- El 29-10-09 hay un fax de la Coordinación a Casa Puerto informando que el 14-10-09 evaluaron al paciente en el Instituto San Martín pero firmado por Clarisa Álvarez, psiquiatra de Casa Puerto, ámbito en el que no hay pruebas que haya ingresado.
 - Aparecen números faxes abrochados con clips, en donde algunas páginas no son continuación de otras, dado que no poseen la misma tipología de letras. Algunos tienen fecha de emisión y otros no. De dichas hojas hay cuatro foliadas con los números 6, 7,8 y 9, faltando los números 1, 2, 3, 4 y 5.
 - El legajo contiene evaluaciones hechas por una Comunidad Terapéutica de otros tres pacientes diferentes al del legajo en cuestión.

- 1626
 - El 14/6/10 la DGPSA comunica al CDNNyA en forma tardía el ingreso del paciente fechado el 10/6/10.
 - En la ficha de admisión en el ítem “informe de admisión” no emite informe y en su lugar dice que se presenta con su madre y un hermano.
 - En la ficha de admisión en el ítem “antecedentes” dice solamente “hermano y madre”, no se entiende a qué se refiere con ello.
 - Se ha detectado que en este legajo existe archivado un fax del CNNyA de fecha 19/7/2010 que no corresponde a este paciente.
- 1646
 - En el ítem “ocupación” de la ficha de admisión tiene tilde donde dice “está desempleado” y al lado está escrito “empleado”
 - -El residente ingresa a Comunidad Terapéutica el 08/02/2010 y se desvincula de la misma el 08/03/2010, y ello recién se informa a la DGPSA en un fax con fecha de envío 24 de mayo de 2011.
- 1648
 - El legajo no se encuentra presentado en carpeta como los demás sino que está dentro de un folio. La ficha de admisión pertenece al CIAC Casa Flores con membrete de la Coordinación y tiene escrito el número de legajo con un marcador rojo mientras todo el resto está con bolígrafo negro y a un costado a la derecha dice el número 628. De lo expuesto se desprende que no se sabe exactamente cual es el número de legajo correcto.

- 1706
 - La DGPSA deriva a la Comunidad Terapéutica ambulatoria siendo que EL paciente venía con un informe del Hospital Fernández que expresaba que no había podido sostener anteriormente tratamiento ambulatorio en dicha unidad. Luego de un mes y medio en la Comunidad Terapéutica de tales características, debió ser derivado a otra comunidad con modalidad de internación. En el informe de la Comunidad Terapéutica enviada a la DGPSA el 29/10/2010, en el Diagnóstico DSMIV los Ejes II y III figura “sin datos”.

- 1744
 - En el ítem “Tratamientos anteriores” de la ficha de admisión dice “No” siendo la fecha de admisión 21-05-10, mientras que en el ítem “Orientación” dice “tratamiento ambulatorio en Comunidad Terapéutica 18-02-10”
 - Se envía vía fax a la DGPSA ficha de admisión en la Comunidad Terapéutica el día 24/05/2011, siendo que la admisión fue realizada el 07/05/2010, con lo cual se demoró más de un año.

- 1788
 - En la ficha de admisión, en el ítem “informe de admisión”, dice el lugar en que se hizo (CIAC Soldati), pero no expresa y/o acompaña el informe en sí.
 - En el legajo se encuentra una ficha de admisión con fecha 05/08/2010. Anteriormente la DGPSA informa por fax a la Comunidad Terapéutica que autoriza el ingreso del paciente a dicha institución el 07/07/2010 (fax enviado el 04/08/2010). No se encuentra en el legajo la ficha de admisión correspondiente a esa fecha. El día 12/07/10 el paciente se fuga de dicha Comunidad y en esa misma fecha informan de otra Comunidad Terapéutica que el

mismo paciente inicia tratamiento con período de adaptación. Tampoco hay ficha de admisión de la DGPSA en este otro ingreso en que el joven en el mismo día se fuga de una Comunidad e ingresa a otra. En esta última Comunidad hay un diagnóstico presuntivo DGSM IV que no coincide con el expuesto en la ficha de admisión del 05/08/10.

- 1930
 - El legajo se halla compuesto por dos fichas de admisión (una de SAPAI y otra de DGPSA), y luego por una serie de faxes todos con fecha de envío 24/05/2011. Los faxes referidos son los siguientes:
 - - 20/09/2010 de la Comunidad Terapéutica a la DGPSA informando ingreso del joven en el mismo día. Hay firma, sin aclaración ni sello.
 - - 20/09/2010 evaluación del paciente en el día de su ingreso a la Comunidad Terapéutica sin firma ni sello, adjuntando en el mismo día interconsulta médico-clínica, con firma y sello Dra. Guadalupe de Vega.
 - - 21/09/2010 de la Comunidad Terapéutica a la DGPSA enviando entrevista de admisión, con letra poco legible. No se entiende el nombre del profesional. Sin firma ni sello.
 - -Sin fecha: dos hojas de admisión del paciente en la Comunidad Terapéutica realizadas por psicólogo. En dicho fax no puede leerse el nombre del profesional interviniente.
- 2009
 - La Comunidad Terapéutica a la cual fue derivado el

“2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

paciente, envía con fecha 20/05/2011 un fax en que hay datos manuscritos poco legibles, imposibles de transcribir, con firma y sello y fecha del 21/10/10.

- 2160
- La Comunidad Terapéutica a la cual fue derivado el paciente, envía con fecha 24/05/2011 dos faxes informando en uno de ellos el ingreso del mismo el día 01/12/2010 y en el otro, informando el abandono del tratamiento con fecha 23/04/2011. No se hallaron evidencias que justifiquen la demora de 5 meses y 23 días en informar el ingreso del paciente y de 30 días informando el abandono del tratamiento.