



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.13.10

**DIRECCIÓN GENERAL DE
SALUD MENTAL**

Auditoría de Gestión

Período 2012

Buenos Aires, Marzo 2015



AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - Piso 5° - Capital Federal

Presidente

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

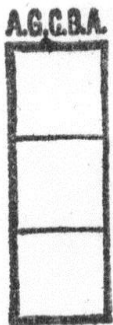
Ing. Facundo Del Gaiso

Lic. Eduardo Ezequiel Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó



Código del Proyecto: 3.13.10

Nombre del Proyecto: Gestión Dirección General de Salud Mental

Objeto: Dirección General de Salud Mental

Objetivo: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, eficiencia y economía en la Dirección General de Salud Mental.

Período bajo examen: Año 2012

Fecha de presentación de informe: 1 de septiembre de 2014

Equipo Designado:

DIRECTOR DE PROYECTO

Dr. Gabriel Rosentein

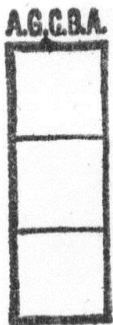
Auditor Supervisor

Lic. Gamez, Mercedes

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL: 11/03/2015

FORMA DE APROBACIÓN: POR UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N°: 48/15

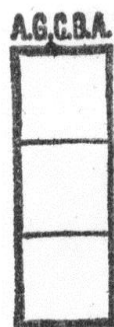


INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, marzo de 2015							
Código del Proyecto	3.13.10							
Denominación del Proyecto	Dirección General de Salud Mental							
Período examinado	Año 2012							
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia, eficiencia y economía en la Dirección General de Salud Mental.							
Presupuesto 2012	Jurisdicción 40 Unidad Ejecutora: 551 – Subsecretaría De Atención Integrada de Salud Prog 65 – Acciones en Salud Mental							
	Jurisdicciones	U. Ej.	Pro g	In c	Sanción	Vigente	Devengado	% Ejecución
	40	551	65	1	4.060.000	6.407.562,00	6.407.558,00	99,9999376%
	40	551	65	2	167.000,00	7.463,00	7.458,00	99,9330028%
	40	551	65	3	1.186.000,00	713.204,00	713.202,00	99,9997196%
	40	551	65	4	68.000,00	12.170,00	8.692,00	71,4215283%
	40	551	65	5	18.281.000,00	24.379.939,00	23.017.153,00	94,4102157%
	Total				23.762.000,00	31.520.338,00	30.154.063,00	95,6654272%
Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la Dirección General de Salud Mental								
Alcance	Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:							
	1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto. 2. Entrevistas con autoridades y Coordinadores de Programas. 3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión. 4. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos sobre los Programas implementados. 5. Obtención de información acerca del presupuesto asignado a la Dirección General y análisis de una muestra de cajas chicas del período 2012 6. Análisis de la nómina del personal: cantidad, tipo de contratación, situación de revista, distribución 7. Relevamiento y evaluación de los siguientes Programas implementados: Hogares Conveniados; Emprendimientos Sociales y de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y Comunitaria; Residencias a través de entrevistas y visitas a efectores 8. Relevamiento básico de equipamiento. 9. Elaboración e implementación de Procedimiento de auditoria sobre una muestra de los siguientes programas implementados: • Historias Clínicas de los Programas Adop – Adopi							



	- Ficha de pacientes de los Hogares Conveniados realizados por el equipo profesional del PAC .- Programa de Acción Comunitaria - Legajos de los Hogares con convenio con la Dirección General de Salud Mental - Legajos de pacientes de los Programas Emprendimientos Sociales y de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y Comunitaria. - Legajos de pacientes del Programa de Residencias
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 15 de febrero y 27 de agosto de 2014
Limitaciones al Alcance	No se obtuvo respuesta a las Notas AGCBA N°707/14 del 8 de abril de 2014 y AGCBA N° 947/14 respecto a la solicitud de la nómina de personal con suplencia de guardia y prolongación horaria.
Aclaraciones previas	La Dirección General no se organizó de acuerdo a la estructura formal vigente, sino que mantiene una estructura informal discriminada por Programa con la designación de un responsable a cargo. Cuenta con un Coordinador General de Redes y 4 Coordinadores Regionales de Salud mental. Los Programas Especiales que dependen de la DGSM son: - Atención Comunitaria- Hogares Conveniados - Ayuda Telefónica - ADOP/ADOPI - Emprendimientos Sociales - Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y comunitaria - Residencias - Cuidar al que Cuida - Terapia Asistencia con Animales - Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. - Salud Mental y Catastrofes
Observaciones principales	Observación N° 1) - No se adecuó la estructura de la Dirección General de Salud Mental según lo establecido por Decreto 260 del 13 de junio de 2012. - Los programas se desarrollan en la mayoría de los casos con personal en Comisión de Servicio con nombramiento en otros efectores del sistema, con personal contratado bajo suplencias de guardia o contratos. No se obtuvo respuesta sobre cantidad de personal que se desempeña con suplencia de guardia y prolongación horaria. Observación N° 2) La Dirección General de Salud Mental no dispone de informes escritos de evaluación de los programas que implementa, ni de las reuniones mantenidas con los responsables de efectores tanto de Hospitales monovalentes como generales. Asimismo, los Coordinadores Regionales de Salud Mental no cuentan con registros ni informes que permitan acceder a conclusiones de las reuniones mantenidas tanto dentro del Sistema de Salud como fuera.



Observación N° 3) Ley 448/00

- La Dirección General de Salud Mental no convocó al Consejo General de Salud Mental de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 5° Inc. K) ni en la cantidad de reuniones ni en su conformación.
- No se cumplimenta con el Artículo 16° al faltar un registro centralizado de externaciones de pacientes.
- No se recibió información respecto a la elaboración de Protocolos de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 25° y 27 °
- Art. 5 Inc. d y e: No hay participación en la regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud en el subsector de la Seguridad Social y Privado según la establecido por la Ley N° 153 Básica de Salud

Observación N°4) Presupuesto y modalidad de compra

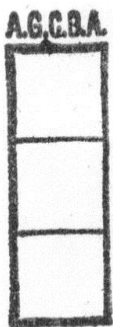
- El Presupuesto de Salud Mental no cuantifica demandas a atender y no elabora Metas Físicas para la totalidad de sus Programas Presupuestarios. No cuentan con registros y análisis de demanda real o necesidad revelada (explicitada)
- Falta de previsión de otros mecanismos de compras (contrataciones directas, licitaciones) en atención a los reiterados requerimientos, de insumos (alimentos, ropa, útiles) y de servicios (limpieza) que permitan optimizar precios, conservar su calidad y utilizar las Cajas chica y Especial para demandas puntuales

Observación N°5) Transferencias .

- Del análisis de las transferencias surge una diferencia entre la documentación brindada por la DGSM y la Base de Transacciones 2012.
- De los Expedientes vistos en DGSM se verificó que en La Casona de los Barriletes:
 - Hacen referencia a un nuevo convenio que se encuentra en trámite por Expte. 372.904/2011/MGEYA. Sin embargo, la Dirección General y Técnica envió el convenio respectivo de fecha 2011(Un Expte. visto es del 2012 y otro de 2013)
 - Expte. 2.027.346/12: consta de 4 fojas, está incompleto, menciona algunos aspectos normativos, pero no consta listado de beneficiarios, ni liquidación respectiva y el encuadre normativo es el Decreto 556/10.
 - Expte. 120.671/13: se verificó una Factura que la Institución le realizó al GCBA en concepto de "prestaciones realizadas en el mes de Diciembre, correspondientes al Espacio Familiar Terapéutico". Dicho concepto es muy impreciso y no quedan claras cuáles son las obligaciones de las partes. El encuadre normativo es el Decreto 556/10.
 - En los Expte. 120.671/13 y 2.027.346/12 se contrató por el procedimiento establecido en Dec. 556/10 y no obran



	ni pliego ni contrato que regule las obligaciones entre las partes. Además, se verificó la prestación regular durante el período 2012 pudiendo haberse efectuado en ese lapso otra modalidad de contratación.¹ Observación N° 6) Plan de Salud Mental • Si bien el Plan de Salud Mental (2007-2011) pone énfasis en la rehabilitación y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales a través de dos opciones: Casas de Medio Camino y las Familias Sustitutas, se verificó que: ✓ No se implementó la propuesta de Familias Sustitutas ✓ Durante el 2012 el Programa Residencias contó con 2 sedes de Residencias Protegidas y ningún Departamento Asistido. • No fue proporcionada información sobre cantidad de asistentes a cursos de capacitación y actividades realizados en el año 2012. • La DGSM no cuenta con Plan de Salud Mental 2012-2016 (presentó lineamientos generales) en donde se establezcan objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo y detalle de procedimientos y recursos adecuados para alcanzarlos. Observación N° 7) Convenios • En el caso de Fundación Vivencia se arma expediente con liquidación sin firma previa de convenio (convenio en trámite desde antes del 2012) • La Casona de los Barriletes es un Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio con Convenio firmado en 2011. Las prestaciones mayoritarias según Proyecto Institucional se relacionan con acciones del equipo interdisciplinario y del equipo de acompañantes contratados para tal fin. Sin embargo, el Artículo Octavo del Convenio firmado expresa: Se excluye del uso del subsidio gastos de administración, personal o capital, sin excepción. • Los pacientes de La Casona de los Barriletes no cuentan con seguimiento de los profesionales de la Dirección como en los casos de Hogares con convenio de internación Observación N° 8 . Programa Residencias <u>Residencia Protegida Gorriti</u> • La Coordinadora no cuenta con nombramiento efectivo • No cuenta con Psicólogos ni Psiquiatras de acuerdo a lo establecido por la DGSM • No cuenta con detectores de humo y luz de emergencia • Los informes estadísticos no se elevan a la Dirección General de Salud Mental. <u>Departamento Asistido Av. San Juan</u>
--	---



¹ El Dec. 556/10 se utiliza para cuestiones de imprescindible necesidad, operaciones impostergables que puedan ser gestionados desde su inicio a través de los procedimientos vigentes en materia de compras y contrataciones del Estado o mediante el régimen de cajas chicas



- La Coordinadora no cuenta con nombramiento formal.
- No cuenta con profesional con formación en rehabilitación (Psicólogo, Sociólogo etc) de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Salud Mental

Observación N° 9 . Programa Emprendimientos Sociales

- No se han logrado convenios marco con actores comunitarios de las áreas institucionales del GCBA
- No se implementó el Consejo de Emprendimientos Sociales de acuerdo a lo establecido por Resolución 893/07

Observación N° 10 . Servicio de Atención telefónica

- De acuerdo al promedio diario de llamadas registradas en los dos programas (16 llamadas en SMR y 12 en SADA) se verificó una subutilización del servicio.
- La Red de Servicios de Salud Mental que utilizan para orientar y derivar es del 2011 y no figuran direcciones de la Pcia de Buenos Aires ni del resto del país

Observación N° 11) Atención Psicológica programada domiciliaria ADOPP- ADOPPI

Falta de espacio físico, de equipamiento informático y de elementos de trabajo que mejoren las condiciones de archivo y resguardo de información de pacientes en la DGSM.

Observación N° 12) . Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental

- La Dirección General de Estadísticas del Ministerio de Salud cuenta con información de todos los efectores de Salud Mental en tanto el Programa de Epidemiología solamente de 9 efectores.
- La Ley 448 Artículo 5 establece que “ *Para estos estudios e investigaciones se crea un equipo de trabajo que invitará a la Facultad de Ciencias Sociales, Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires*” La DGSM implementó un programa piloto conjuntamente con la Dirección General de Estadísticas

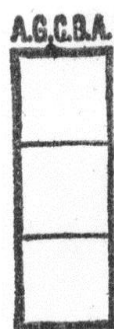
Observación N°13) Hogares Conveniados

- No se encontraron en los biblioratos las Fichas de Seguimiento de Pacientes de las siguientes instituciones: Apand y CEPREAP
- En el 45,45% (30 casos de 66) de los legajos analizados no constaban los informes trimestrales tal como lo establece el Convenio con ONGs

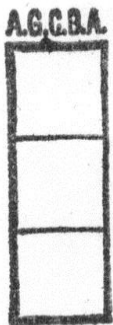
Observación N° 14) Análisis de cobertura – Programas DGSM

- Los programas propios que ejecutó y desarrollo la DGSM con aporte directo (bajo el concepto de transferencias, caja chica y contratación de personal) no registran si la demanda fue atendida en su totalidad o en qué porcentaje de admisión (a excepción del Programa Adop-Adopi)

Recomendaciones	1) 8) Adecuar la estructura de la Dirección General de Salud Mental a lo establecido por Decreto 260/12 y elevar formalmente el proyecto de modificación de su estructura real. Dar formalidad a las funciones de Coordinador/ Responsable en las áreas /efectores bajo su órbita y procurar completar el plantel profesional. Contar con registros completos de personal 2) Aumentar e implementar registros escritos de evaluación de los programas como herramientas de monitoreo de su gestión 3) Efectivizar en tiempo y forma el funcionamiento del Consejo General de Salud Mental, la elaboración de Protocolos y la participación de la DGSM en sus funciones de articulación con los diferentes subsectores. 4) Elaborar Metas Físicas para la totalidad de sus Programas Presupuestarios e implementar otros mecanismos de compra que permitan optimizar precios y calidad. 5) Adjuntar datos completos de beneficiarios en los Expedientes girados a la Dirección General de Contaduría. Regularizar los mecanismos formales de asignación de recursos a través de transferencias y contrataciones a organizaciones no gubernamentales 6) Elaborar un Plan de Salud Mental en donde se establezcan objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo y detalle de procedimientos y recursos adecuados para alcanzarlos. Llevar registros de participantes de las propuestas de capacitación en forma adecuada y completa. 7) Dar cumplimiento a la normativa vigente y disponer de acciones de seguimiento, por parte de los profesionales del área, a todos los efectores y prestadores. 9) Lograr convenios marco con actores comunitarios de las áreas institucionales del GCBA e implementar el Consejo de Emprendimientos Sociales. 10) Dotar al programa de una Red de Servicios más adecuada para orientar y derivar a sus usuarios y aumentar su utilidad. 11) Tender a mejorar las condiciones de espacio físico, equipamiento, archivo y resguardo de información de pacientes 12) Aumentar el número de efectores bajo el Programa de Epidemiología y dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 448 Art. 5°. 13) Mantener un archivo completo de pacientes y organizaciones bajo Programa Hogares Conveniados. 14) Registrar la demanda en su totalidad a fin de poder evaluar el porcentaje de cobertura de los programas de la DGSM.
Conclusión	La Dirección General de Salud Mental en el marco de la Ley N° 448 de Salud Mental y del Presupuesto 2012 y 2013, mantiene una serie de objetivos generales del orden de definir, planificar, ejecutar y controlar las políticas de salud mental, coordinar con otras jurisdicciones y efectores, diseñar programas y refuncionalizar el sistema de salud mental promoviendo la desinstitucionalización, rehabilitación y reinserción social de los pacientes. A tal fin, por Decreto 260 del 2012 se aprobó una nueva estructura de la Dirección. Se desprende del relevamiento de auditoria que el funcionamiento del ente auditado mantiene una estructura informal y en este contexto, se



	destacan en el informe precedente los siguientes puntos críticos: • En su mayoría los programas se desarrollan con personal en Comisión de Servicios, sin nombramiento efectivo en los cargos de conducción, • Falta un Plan de Salud Mental acorde a los requerimientos de la normativa vigente y registros que den cuenta de acciones de evaluación y monitoreo por parte de los responsables de las áreas • Falta de conformación del Consejo General de Salud Mental • En aspectos presupuestarios se destaca la ausencia de determinación de Metas Físicas, de previsión de otros mecanismos de compra, de una correcta asignación presupuestaria y encuadre normativo, y de una completa confección de expedientes. A modo de síntesis, existe una distancia pronunciada entre lo que se espera de la Dirección General de Salud Mental, según el marco normativo, y su conformación real. Es necesario establecer una estructura con mayores niveles de formalidad, de registro y de presupuesto para dar cumplimiento más acabado a la normativa vigente.
--	--



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
PROYECTO N° 3.13.10
DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL**

DESTINATARIO

Señora
Presidente de la
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. María Eugenia Vidal
S _____ / _____ D _____

INTRODUCCIÓN:

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131°, 132° y 136°, la AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, procedió a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I.OBJETO

Jurisdicción 40 Unidad Ejecutora: 551 – Subsecretaría De Atención Integrada de Salud Prog 65 – Acciones en Salud Mental

II.OBJETIVO

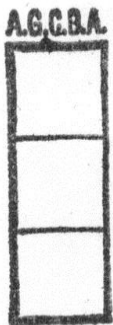
Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en la Dirección General de Salud Mental.

III.ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto.
2. Entrevistas con autoridades y Coordinadores de Programas.
3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión.
4. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos sobre los Programas implementados.



5. Obtención de información acerca del presupuesto asignado a la Dirección General y análisis de una muestra de cajas chicas del período 2012
6. Análisis de la nómina del personal: cantidad, tipo de contratación, situación de revista, distribución
7. Relevamiento y evaluación de los siguientes Programas implementados: Hogares Conveniados; Emprendimientos Sociales y de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y Comunitaria; Residencias a través de entrevistas y visitas a efectores
8. Relevamiento básico de equipamiento.
9. Elaboración e implementación de Procedimiento de auditoría sobre una muestra de los siguientes programas implementados:
 - Historias Clínicas de los Programas Adop – Adopi
 - Ficha de pacientes de los Hogares Conveniados realizados por el equipo profesional del PAC .- Programa de Acción Comunitaria
 - Legajos de los Hogares con convenio con la Dirección General de Salud Mental
 - Legajos de pacientes de los Programas Emprendimientos Sociales y de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y Comunitaria.
 - Legajos de pacientes del Programa de Residencias

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 15 de febrero y 27 de agosto de 2014

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

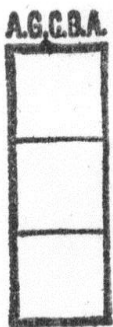
No se obtuvo respuesta a las Notas AGCBA N°707/14 del 8 de abril de 2014 y AGCBA N° 947/14 respecto a la solicitud de la nómina de personal con suplencia de guardia y prolongación horaria. **(Observación N°1)**

V) CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Estructura.

Surge de la descripción presupuestaria del año 2012 que la Dirección de Salud Mental dependiente de la Subsecretaría de Atención Integrada de la Salud tuvo a su cargo la ejecución del **Programas 65** Acciones en Salud Mental con los objetivos de:

- Definir, planificar, ejecutar y controlar las políticas de salud mental, coordinándolas con aquellas de otras Jurisdicciones (nacional y provinciales), como así también las políticas de desarrollo de los efectores de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Determinar necesidades de recursos y tecnologías para la optimización del sistema de salud en el marco de la Ley N° 448. Para ello se emplean como



estrategias el abordaje intersectorial e interdisciplinario, articulando con instituciones, organizaciones no gubernamentales y las familias.

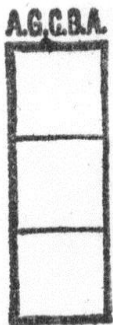
- Coordinar y regular el sistema de servicios de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, planificando necesidades y su consecuente aplicación de recursos.
- Desarrollar programas de diseño institucional de atención que contemple la inserción social y comunitaria de los pacientes, promoviendo la participación activa de la familia en la contención de los mismos.

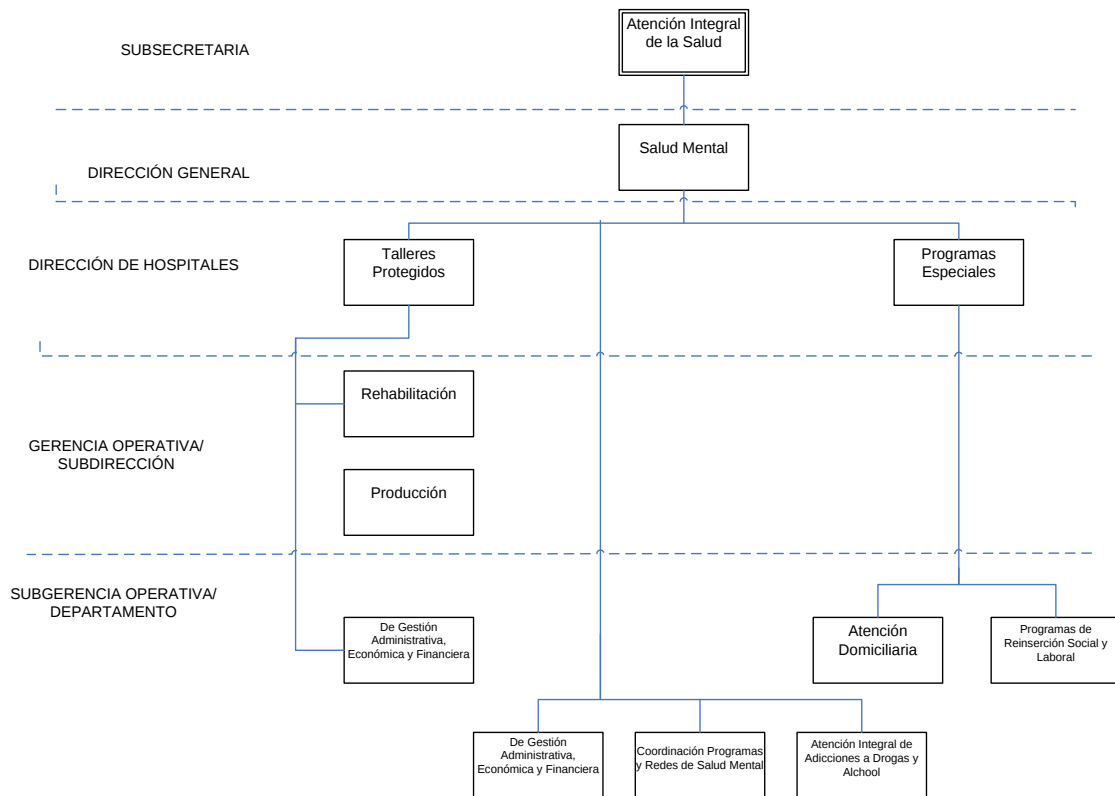
Asimismo, expresa que como programa presupuestario independiente, definido bajo el número 53 y denominado Atención en Salud Mental, se incluyen las acciones correspondientes a los Hospitales Torcuato de Alvear, José T. Borda, Braulio Moyano y Dra. Carolina Tobar García, los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, y los Centros de Salud Mental Arturo Ameghino y Hugo Rosarios. Todos estos establecimientos configuran un subprograma presupuestario dependiente del Programa 53.

Para el año 2013 bajo el Programa 85 Atención de Salud Mental se contempla las acciones que se llevan adelante en el marco de la Dirección General de Salud Mental con los mismos objetivos y como Subprograma dependiente del Programa 85 se incluyen las acciones correspondientes a los Hospitales y Centros de Salud Mental y Talleres Protegidos

El Presupuesto 2013 describe entre sus objetivos estratégicos la Refuncionalización del sistema de salud mental promoviendo la desinstitucionalización, rehabilitación y reinserción social de los pacientes, manteniendo y potenciando el foco en el mantenimiento del recurso físico específico, la constitución de los dispositivos intermedios necesarios, el impulso sostenido de la salud mental dentro de la estrategia de atención primaria de salud y el abordaje dual de la patología adictiva dentro de un encuadre socio sanitario.

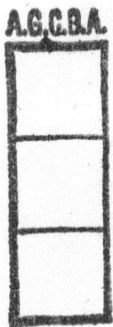
Por Decreto 260 del 13 de junio de 2012 se aprobó una nueva estructura de la Dirección General de Salud Mental:





Las Responsabilidades Primarias establecidas son:

- Entender en la definición, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental y coordinarlas con las demás jurisdicciones (nacional y provincial).
- Definir las políticas de desarrollo de los efectores de salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Participar en la definición de las necesidades de recursos y tecnologías para la optimización del sistema de salud, en el marco de las Leyes N° 448 y N° 153, y el abordaje interdisciplinario, la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales y la familia.
- Ejecutar las políticas de atención integral de salud mental, dependencias y adicciones.
- Coordinar y regular el sistema de servicios de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Planificar necesidades y aplicación de los recursos para el Sistema de Servicios de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Integrar y coordinar el Consejo General de Salud Mental.
- Implementar y consolidar la red de servicios de la salud mental, articulando los distintos niveles de complejidad para agilizar la referencia y contrareferencia.
- Desarrollar programas tendientes al diseño institucional del sistema de atención de la salud mental y la inserción mental y comunitaria de los



pacientes, promoviendo la participación activa de la familia en la contención del paciente agudo y crónico.

La Dirección General no se organizó de acuerdo a la estructura formal vigente, sino que mantiene una estructura informal discriminada por Programa con la designación de un responsable a cargo. **(Observación N° 1)**

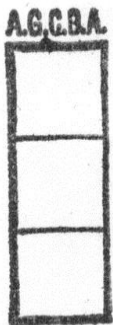
Según evaluación de la Directora General, la estructura aprobada por el Decreto 260/12 debe ser modificada porque no se realizó con criterio sanitarista. Figuran jefaturas de Programas de Salud Mental y al ser estos dinámicos, sus coordinadores no deben ser jefes porque deben permitir modificaciones o eventualmente dar paso a nuevos programas.

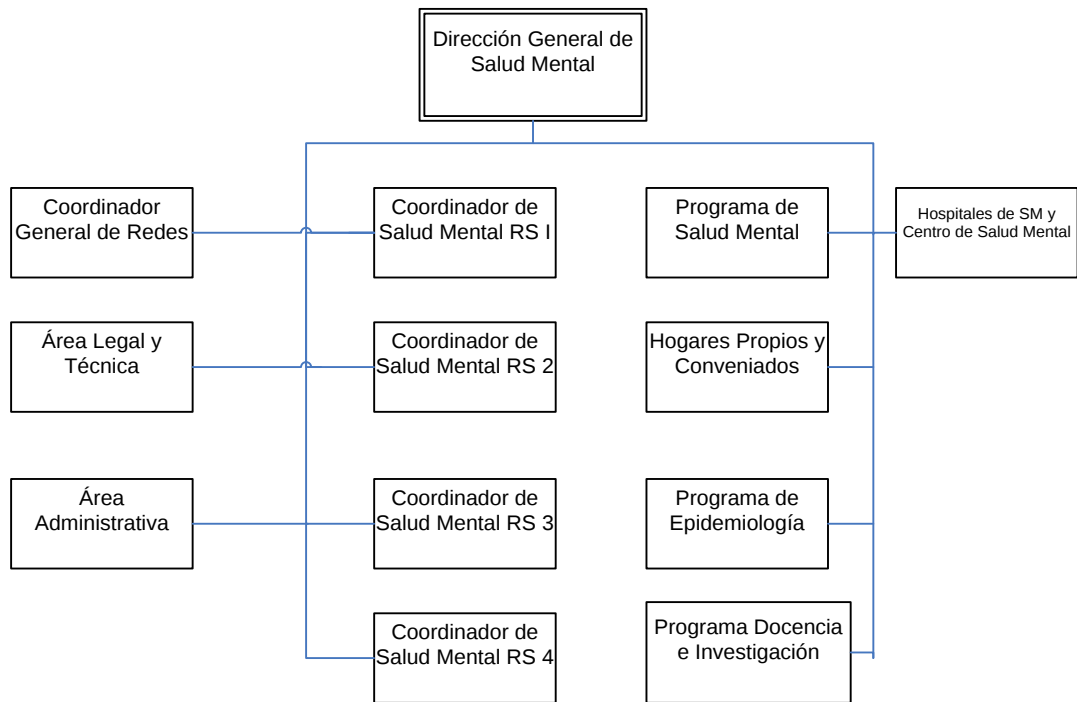
A modo de propuesta, plantean la siguiente estructura:

- Dirección General
- Director institucional a cargo de Jefes regionales y hospitales dependientes de la DGSalud Mental: Hospital Borda, Hospital Moyano, Tobar García, Hospital Alvear, Centros 1 y 3 de Salud Mental
- Director de Redes y Programas
- 4 Jefes de Departamento a cargo de las Regiones Sanitarias que a su vez tengan a cargo los Hospitales Generales y los Cesac correspondientes.
- 1 Jefe de Departamento a cargo de Epidemiología y de Docencia e Investigación.
- 1 Jefe de División a cargo del sector Infante Juvenil
- 1 Jefe de División a cargo del sector de adultos y tercera edad
- 1 Gerente Operativo Administrativo
- 1 Jefe de Recursos humanos
- 1 Jefe de Legal y Técnica

1.1. Organigrama Informal

De la información recabada, surge que el organigrama informal de la Dirección General de Salud Mental es:





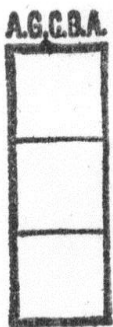
De la Dirección General de Salud Mental dependen solo los Hospitales Psiquiátricos, los demás Servicios de Salud Mental dependen de la Dirección General de la región pertinente. Por este motivo, la Directora General de Salud Mental designó un Coordinador de la DGSM por cada Región Sanitaria para que asista a la región y funcione como enlace entre estas y la DGSM.

Esta, a fin de implementar políticas de gestión mensualmente se reúne con los Directores de los Hospitales monovalentes de Salud Mental, Centros de Salud Mental y Jefes de Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales, donde se lleva adelante un seguimiento y evaluación de los ejes prioritarios de la actual gestión y consensuar respuestas conjuntas del sistema. **(Observación N° 2)**

Los ejes que se plantea son:

- Gestión de redes
- Calidad de la prestación
- Desarrollo de procesos asistenciales
- Descentralización de las prestaciones. Por ejemplo que el programa ADOP-ADOPI se desarrolle en los hospitales generales con una modalidad de funcionamiento similar al Programa Médicos de Cabecera
- Diseño de seguimiento epidemiológico
- Salas de internación de Salud Mental en Hospitales Generales
- Derivación, integración y cohesión interna sel sistema

A continuación se describirán las incumbencias y actividades correspondientes al organigrama informal:



1.1.a) Coordinación General de Redes

Su responsable es médico psiquiatra de planta permanente y desde el 2012 colabora con la Directora General de Salud Mental además de haber sido designado informalmente como Coordinador de Redes.

Desde su evaluación, las redes existen por Resolución N° 1044/GCABA/SS/04 y en realidad no funciona como tales. Muchas existían de hecho antes de la mencionada resolución, y otras fueron creadas ad hoc. En el año 2012 se comenzó un trabajo de evaluación y re funcionalización ya que no cuentan con sistema de derivación, carecen de estadísticas y registros; no poseen un libro de procedimientos ni procesos, en muchos casos se superponen, solo participan algunas personas de las mismas y están desarticuladas.

Existen tres tipos de categorías de acuerdo a la resolución 1044/04:

- Redes por tipo de Diagnóstico (por ejemplo “Trastornos de Alimentación”)
- Redes por Prestación (por ejemplo “Hospitales de Día”)
- Redes por Profesión (por ejemplo “Red de Psicopedagogos”)

En el año 2013 se realizaron reuniones para consensuar un modelo distinto de redes. Dicho modelo se basa en el modelo de OPS (Oficina Panamericana de la Salud) , Redes Integradas de Servicios de Salud Mental. En estas reuniones con el personal se trabajó la función de la Red, del coordinador y de la Dirección de Salud Mental. Se está evaluando la posibilidad de nombrar Coordinador de Redes por 2 años. La carga horaria del coordinador sería la mitad a cumplir en su lugar de planta y la otra mitad como coordinador de la red. Esta modalidad no está considerada en la carrera profesional.

La propuesta de la actual gestión es que el área de salud mental cuente con pocas redes: Red de intervención Temprana, de Emergencia Psiquiátrica, de Diagnóstico Temprano de Trastorno Cognitivo y de Trastorno Mental Severo.

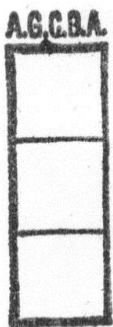
1.1.b) Hospitales monovalentes

El Coordinador de Redes refirió que de la Dirección de Salud Mental dependen los hospitales psiquiátricos monovalentes, esta dependencia se ve reflejada en la gestión de la Dirección que define las políticas y se la trasmite a los efectores. La normativa que orienta a la gestión es la Ley de Salud Mental N° 448

Respecto de la apertura de Salas de internación Psiquiátrica informó que existen dificultades de limitación edilicia para avanzar, por ejemplo, Hospitales como Fernandez, Argerich, Santojani, Zubizarreta, Velez Sarsfield, por su formato arquitectónico no serían adecuados para tener salas de internación psiquiátrica

1.1.c) Coordinadores Regionales de Salud mental

Para facilitar la gestión de la Dirección en cada una de las 4 Regiones Sanitarias se nombró un Coordinado Regional:



Su función es articular los Servicios de Salud Mental de los Hospitales generales y los Áreas Programáticas con sus respectivos equipos de Salud Mental de los CESACs. Realizan una reunión mensual con los Jefes de los servicios de Salud Mental de todos los efectores y elevan a la Directora informes además de mantener reuniones semanales.

Los coordinadores no tienen firma por lo tanto la tarea es de nexo y articulación con diferentes áreas, como por ejemplo Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos. Se trata de profesionales de planta que se encuentran en comisión de servicio para realizar esta tarea y perciben un plus a través del sistema de suplencia de guardia

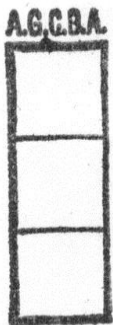
La existencia de los coordinadores de Salud Mental por Región Sanitaria es una propuesta de la actual gestión a fin de instalar el tema de la Salud Mental en los efectores, promover el cumplimiento de la Ley de Salud Mental N° 448/00 de la Ciudad de Bs As y generar proyectos como Salas de Internación en Salud Mental en los hospitales generales y la creación de hospitales de día

Los Coordinadores realizan reuniones para analizar los conflictos referidos a Salud Mental, tales como derivaciones, problemas de vacantes, se tratan de buscar alternativas de solución y derivaciones asistidas (**Observación N° 2**)

1.1.d) Programas Especiales que dependen de la Dirección de Salud Mental:

Cada programa está a cargo de un Coordinador algunos fueron nombrados por la Dirección de Salud Mental pero la mayoría tienen pase en comisión por lo que administrativamente dependen del hospital donde fue nombrado (licencias sueldos etc)

- ✓ **Programa de Atención Comunitaria- Hogares Conveniados:** A cargo de una Psiquiatra desde el 2012 articula la gestión para que todos los pacientes con trastornos graves reciban atención y el asesoramiento jurídico adecuado, también gestiones para inserción en instituciones educativas o proyectos laborales. Trabaja con hogares terapéuticos que firmaron convenio con el Ministerio de Desarrollo Social y en el 2010 fueron transferidos a la Dirección General de Salud Mental.
- ✓ **Programa de Ayuda Telefónica.** A cargo de un Psicólogo de planta Funciona en el Centro N° 3 Ameghino con profesionales de Planta u otros profesionales promovidos desde áreas administrativas.
Se trata de dos programas:
 - SALUD MENTAL RESPONDE: Orientación en General
 - Ayuda por Alcoholismo y Drogadicción
- ✓ **ADOP / ADOPI:** A cargo de una Psicólogo y un Psiquiatra de planta. Son programas de atención domiciliaria. La coordinación funciona en la DGSAM. Trabajan a domicilio 3 profesionales por cada Área Programática de los Hospitales Generales y 4 Psiquiatras que dependen de Salud Mental.
- ✓ **Programa de Emprendimientos Sociales:** A cargo de dos Lic en Terapia ocupacional. Existen 2 programas: 1-Infanto Juvenil (Htal.



- Tobar-) y 2-Adultos (Salud Mental, transferida del Borda-). ambas profesionales coordinan emprendimientos y tienen como sede una casa de la Calle Aranguren 3837
- ✓ **Programa de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral y comunitaria:** Coordinado por un Psiquiatra depende del Hospital Borda.
 - ✓ **Programa de Residencias:** A cargo de la misma profesional del Programa Atención Comunitaria- Hogares Conveniados. Comprende Casas de Medio Camino, Residencias Protegidas y Departamento Asistido.
 - ✓ **Programa Cuidar al que Cuida.** Relacionado con las condiciones de trabajo de agentes de Salud Mental de la CABA. A cargo de una Psiquiatra se creó por Disposición N°2012-91- DGSAM agosto 2012 .
 - ✓ **Terapia Asistencia con Animales:** Coordinado por médico funciona en un Centro de Día dependiente del Tobar Garcia (fines del 2011). También se realiza en los Hospitales Moyano, Alvear y Elizalde y en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica y en el ZOO de Buenos Aires.
 - ✓ **Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental.** A cargo de un Psiquiatra funciona en la Sede del Centro de Salud Mental N° 3
 - ✓ **Programa Salud Mental y Catastrofes.** A cargo de una Psicóloga funciona en la Sede del Centro de Salud Mental N° 3

1.2. Consideraciones sobre la Ley 448/00 de Salud Mental y el Plan de Salud Mental (2007-2011) y Gestión de la DGSM

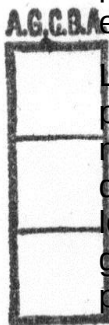
A continuación se describirán a modo de comparación los Artículos reglamentados de la Ley 448/00 con el Plan de Salud Mental (2007-2011) presentado por la DGSM y los resultados del relevamiento realizado por el equipo de auditoria:

Plan de Salud Mental

Este proyecto se ubica en un marco de compromiso con los aspectos preventivos tanto como con los de rehabilitación en salud mental, como partes fundamentales e ineludibles, pero siendo conscientes de la urgencia y necesidad de implementación de medidas que den respuesta a la gran demanda de atención en patología psiquiátrica aguda y grave, dado el déficit actual en la oferta de tratamientos para estos pacientes en el sistema de salud pública actual.

La apertura de nuevos centros de internación para pacientes psiquiátricos con patología aguda y sub-aguda, apunta a “aliviar” a los grandes hospitales monovalentes de la sobrecarga de pacientes a la que son sometidos y a la que, desde hace tiempo, les resulta imposible hacer frente. Asimismo se espera que logren subsanar la compleja situación que se suscita en las guardias de hospitales generales, en los que también consultan pacientes psiquiátricos. Allí, guardias preparadas con personal y equipamiento para pacientes de patología clínica-quirúrgica, se sobrecargan de pacientes psiquiátricos.

Se considera entonces la necesidad de un cambio del modelo hospitalario vigente a un modelo de centro comunitario integral.



Condiciones que se proponen mejorar a partir del presente proyecto:

- Abusos y violencia física y psíquica que atentan contra la integridad de las personas internadas.
- Condiciones de vida cotidiana paupérrimas y denigrantes en cuanto a alimentación, higiene, vestimenta y estado de los edificios y las instalaciones.
- Falta de tratamientos adecuados y de atención médica general
- Excesos en la medicalización lo que provoca mayor deterioro y cronicidad en la enfermedad mental.
- Sobrepoblación de las instituciones.
- Ley 448/00 Artículo 4º:

El nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud mental es la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud, o la instancia que la remplace, que no podrá ser de inferior nivel jerárquico.

Actualmente existe la Dirección General de Salud Mental a cargo de una Directora nombrada en el año 2011.

- Ley 448 Artículo 5 inciso b:

La autoridad de Aplicación debe diseñar un Plan de Salud Mental, cuyo período de vigencia no podrá ser mayor a 5 años. (Observación N° 6)

El último Plan de Salud Mental fue diseñado para el periodo 2007-2011, la gestión actual basa algunas de sus acciones en este plan de Salud:

El Plan de Salud Mental se articulará con el Plan Nacional de Salud Mental. Las acciones, estarán encuadradas dentro de La Ley N° 448/00 de Salud Mental y de la Ley N° 153, Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los efectores de Salud Mental son: Los Hospitales Monovalentes de Salud Mental. Los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de Agudos y Especializados. Los Centros de Salud Mental. Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) Polivalentes.

Equipos de Salud Mental en todos estos Centros de Salud y Acción Comunitaria, dado que constituyen sectores estratégicos en la prevención y en la detección precoz de las enfermedades mentales como así también, en la promoción de recursos comunitarios que desarrollen la salud.

OBJETIVOS Y CRITERIOS GENERALES DEL PLAN (2007-2011)

- Brindar asistencia de calidad preservando la dignidad del paciente.
- Reforzar los recursos personales, con el fin de promover la autonomía del paciente.
- Crear escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad y respetuosos de la calidad requerida para el hábitat humano

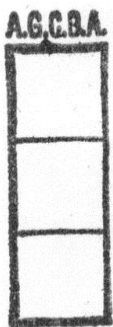
- Generar mayor accesibilidad al sistema.
 - Garantizar la reinserción socio-comunitaria de las personas recuperadas.
 - Privilegiar la salud en lugar de la enfermedad.
 - Convocar a la participación activa de todos los integrantes del sector.
- *Ley 448 Artículo 5 inciso d y e: La autoridad de aplicación participará en la fiscalización de su área de acuerdo a las disposiciones que regulen las funciones que se establecen en los artículos 12º inciso j) y 41º, 42º y 44º de la Ley Nº 153 Básica de Salud,² articulándose oportunamente con el organismo que corresponda.*

Estos artículos se refieren a la articulación de la DGSM del sector público con los con los subsectores de Seguridad Social y Privado. **(Observación Nº 3)**

- *Ley 448 Artículo 5 inciso f: La autoridad de aplicación produce y actualiza en forma constante una base de datos de todos los efectores del Sistema de Salud Mental. Así mismo realiza vigilancia, estudios e investigaciones epidemiológicas. Para estos estudios e investigaciones se crea un equipo de trabajo que invitará a la Facultad de Ciencias Sociales, Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Los mismos se realizarán con una periodicidad no mayor de 5 años. **(Observación Nº 12)***

Actualmente existe un libro publicado por la Dirección General de Salud Mental a través del Ministerio de Salud con un listado de los efectores públicos actualizados al año 2011

Durante esta gestión desde el área de Epidemiología se implementó un programa piloto conjuntamente con la Dirección General de Estadísticas Para estas tareas no se convocó a representantes de Facultades y desde la misma dirección se capacitó a personal de la Encuesta Permanente de Hogares para que realicen preguntas específicas a la población en general.



² Art. 12 Inciso J - La regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud, y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores. Art. 41 - **Regulación y fiscalización. Funciones generales.** La autoridad de aplicación ejerce la regulación y fiscalización de los subsectores de la seguridad social y privada, del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, de la acreditación de los servicios, de lo atinente a medicamentos, alimentos, tecnología sanitaria, salud ambiental y todo otro aspecto que incida sobre la salud. Art. 42 - **Subsector privado. Fiscalización.** Los prestadores del subsector privado son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, categorización, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes. Art. 44 - **Seguridad social. Fiscalización.** Los prestadores propios del subsector de la seguridad social son fiscalizados y controlados por la autoridad de aplicación en los aspectos relativos a condiciones de habilitación, acreditación, funcionamiento y calidad de atención de establecimientos sanitarios; y a condiciones de ejercicio de los equipos de salud actuantes.

Para cumplimentar lo estipulado la Resolución 1044/SS/ 2004 (BO1979 del 12/7/2004) se crea el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica. Este programa solamente considera la atención realizada por primera vez en los Servicios de Salud Mental de 8 Hospitales. Algunos de los datos obtenidos se publican en la página de Salud Mental del Ministerio de Salud y otros se elaboran para ser considerados por la Directora de Salud Mental y los Jefes de Servicios de Salud Mental de los Hospitales.

- Ley 448 Artículo 5 inciso K: La Autoridad de Aplicación convoca al Consejo General de Salud Mental en períodos superiores a 2 meses. **(Observación N° 3)**
- Ley 448 Artículo 7°

El Consejo General de Salud Mental elabora Actas de pública consulta en cada una de sus reuniones. Asimismo realiza informes anuales donde constan los resultados de su trabajo. Copias de estos informes deben ser distribuidos en todos los efectores del Sistema.

Según información recibida por la DGSM para constituir el mismo no solo hace falta un número determinado de personas sino que debe tener una representación preestablecida. Son en total 48 personas, 16 del subsector público y 32 del resto. Debido a estas características ningún Director de Salud Mental ha podido constituir el Consejo de acuerdo a la norma.

Del análisis de las Actas elaboradas 2011 se verificó un total de 3 Actas en el año y además un encuentro que se levantó por ausencia de la Directora General. Del 2012 se verificó un total de 3 Actas. **(Observación N° 3)**

- Ley 448 Artículo 5 inciso I: El presupuesto operativo se ajustará a las necesidades previstas en el Plan de Salud Mental.

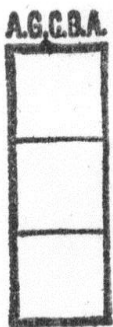
El Presupuesto de Salud Mental no cuantifica demandas a atender y la DGSM no elabora Metas Físicas para sus Programas Presupuestarios. No cuentan con registros y análisis de demanda real o necesidad revelada (explicitada) **(Observación 4)**

- Ley 448 Artículo 11°.-

El Sistema de Salud Mental

de la Ciudad de Buenos Aires se organiza e implementa con un enfoque de redes. El mismo consiste en una red de servicios conformada por los distintos efectores de salud mental articulada con la comunidad y sus redes sociales. Dicha articulación será promocionada y ejecutada por trabajadores de salud mental organizados en equipos interdisciplinarios.

El Plan de Salud Mental propone desde el enfoque asistencial, la recuperación de la salud mental para que sea posible la reinserción social, familiar y laboral.



Desde el enfoque Sanitario y Social: El objetivo es la reducción de los factores sociales y ambientales que provocan o favorecen la aparición de las enfermedades mentales

El Plan ofrece un sistema de servicios organizados en red, que contemple los niveles de atención, asistenciales, preventivos, rehabilitadores y resocializadores.

La red debe estar sostenida por: Un método de normatización y derivación que posibilite el acceso del paciente, un programa de capacitación permanente, un sistema de comunicación e informática que articule la red.

La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental.

La gestión actual organiza el trabajo en programas y redes

1. Programas:

- a) Atención Comunitaria
- b) Servicio de Ayuda Telefónica
- c) Atención Domiciliaria de Adulto e infantojuvenil
- d) Emprendimientos Sociales
- e) Rehabilitación con Inclusión Social
- f) Cuidar al que Cuida
- g) Salud Mental y Catástrofes
- h) Vigilancia Epidemiológica
- i) Residencias
- j) Zooterapia: TACA: Terapia Asistida Con Animales

2. Redes

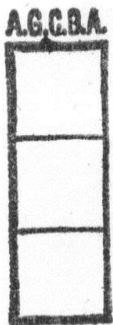
La propuesta de la actual gestión es que el área de salud mental cuente con pocas redes:

- ✓ Red de Intervención Temprana. Se propone trabajar en el diagnóstico precoz de patología mental, realizando screening materno/infantil durante los 2 primeros años de vida.
- ✓ Red de Emergencias Psiquiátricas
- ✓ Red de Diagnóstico temprano de trastorno cognitivo. Se propone trabajar en forma articulada con los servicios de geriatría, neurología, pediatría y clínica médica
- ✓ Red de Tratamiento de trastorno mental severo. Diagnóstico, tratamiento y Rehabilitación de los trastornos mentales altamente invalidantes y crónicos.

- Ley 448 Artículo 12º.-

k) La autoridad de aplicación arbitrará un método de registro que resguarde la posibilidad de identificación de las personas asistidas.

Se comprobó la existencia de Historias Clínicas de los pacientes del programa de ADOP y ADOPI, Residencias, emprendimientos sociales, Servicio de Ayuda Telefónica. Los pacientes asistidos en los centro de salud mental o en los



Hospitales se confeccionan Historias Clínicas que se archivan en los propios centros.

- **Ley 448 Artículo 14º.-**

A partir de la aprobación de la presente reglamentación, la autoridad de aplicación contará con un lapso de trescientos sesenta (360) días para la elaboración del diseño, definición de objetivos, requerimientos de planta física, de equipamiento y de personal y modos de organización e interrelación de los efectores mencionados en este artículo a los efectos de la actualización de la Red.

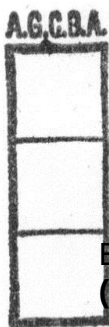
Se entiende por emprendimiento social dependiente del subsector estatal del Sistema de Salud Mental al dispositivo de estrategia comunitaria que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas utilizando como medio la producción, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y/o servicios.

La actual gestión lleva a cabo los siguientes emprendimientos sociales:

- a) Programa de emprendimientos Sociales
- b) Programa de Reinserción con Inclusión Sociolaboral para Personas con TMS (PRIS)
- c) Talleres Protegidos

- **Ley 448 Artículo 15º.-**

La inexistencia de establecimiento adecuado para albergar a las personas externadas que no cuenten con un grupo familiar continente, no podrá enervar el cumplimiento de la norma. A tales fines, la Secretaría de Desarrollo Social informará al Poder Ejecutivo los servicios de albergue para personas que se encuentren en las mencionadas condiciones que resulten indispensables de acuerdo a la demanda existente, junto con los costos de los proyectos que los sustenten, para incorporar en el proyecto de presupuesto de cada año las partidas necesarias para su puesta en funcionamiento.



A los fines de asegurar las condiciones efectivas de externación en función de la atención de las condiciones mencionadas en el presente artículo, la Dirección de Salud Mental aplica el Programa de Residencias, el cual consiste en la implementación de efectores que reciben pacientes externados en condiciones adecuadas para la reinserción social

El Plan de Salud Mental describe DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS INTERMEDIOS (Observación N° 6)

Tienen como fin la rehabilitación y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales. Se ha considerado entre las múltiples opciones poner énfasis en dos de ellos: las Casas de Medio Camino y las Familias Sustitutas.

Casas de Medio Camino

El objetivo fundamental es fomentar la independencia, formar grupos de autogobierno de la casa, en las tareas y actividades de la vida cotidiana y en forma grupal. Conviven allí pacientes y personal especializado a puertas abiertas.

La estadía comprende un máximo de 18 meses, y estará diseñada para albergar un total de 20/30 personas

Existirá un equipo de coordinadores y acompañantes terapéuticos en forma permanente en la casa. El tratamiento individual, psiquiátrico y psicológico, lo continuará cada paciente en el dispositivo terapéutico que haya hecho la derivación.

Familias Sustitutas

Esta idea es posible en tanto se cuente con familias de la comunidad que deseen admitir e integrar a ellas a pacientes que requieren de cuidados y contención, pero que por diversos motivos no pueden ser brindados por su propia familia, si es que la tuviera.

Las familias recibirán un subsidio a modo de ayuda para la manutención del paciente que toman a su cuidado.

Dispositivos de Resocialización

Talleres Protegidos: El objetivo es posibilitar el acceso de las personas con capacidades diferentes al mundo laboral, a través de una estructura terapéutica que implica un trabajo adecuado y controlado, supervisado por un equipo interdisciplinario conformado por el médico psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y auxiliares que se dedican al oficio específico que desarrolla cada taller en particular

- *Ley 448 Artículo 16º.-*

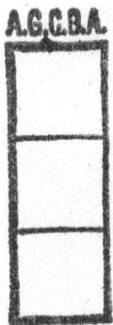
Se creará un registro de externaciones a fin de realizar seguimiento a través de los dispositivos locales específicos de conformidad a lo dispuesto en el artículo 5º, incisos f) y j), de la Ley de Salud Mental.

La DGSM informo que los registros de pacientes con sus Historias Clinicas se encuentran en cada uno de los efectores

- *Ley 448 Artículo 17º*

La autoridad de aplicación promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental, en el marco de lo establecido por la Ley N° 153 Básica de Salud en sus artículos 38º, 39º y 40º y por las disposiciones de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que regulen las funciones específicas, incluyendo en el Plan de Salud Mental los lineamientos básicos de los programas de capacitación e investigación a implementar en el Sistema de Salud Mental.

Los profesionales del subsector estatal del Sistema de Salud Mental que revisten como concurrentes podrán participar en forma no arancelada de todas las actividades de docencia y capacitación organizadas por los efectores del Subsector Estatal de Salud.



En la actual gestión se presentó para el año 2012 un plan con objetivos generales para articular, fortalecer, estimular y contribuir al desarrollo científico de la atención de Salud Mental y objetivos específicos

- Organización de jornadas y espacios de debate.
- Participación en las reuniones del Sistema de Salud Mental.
- El Programa no cuenta con pacientes.
- Articulación con otros Programas (efectores bajo programa/ Ongo.)
- Evaluación del Programa, (tipo, frecuencia) monitoreo-seguimiento.
- De los beneficiarios dentro del Programa y luego del egreso.

Durante el 2012, el área de capacitación informo la realización de las siguientes temáticas de cursos: Emergencia, Violencia, Estrés, Desastres, Capacitación dirigido a enfermeras en salud mental. Asimismo, durante el 2012 se organizó una Jornada en el teatro San Martín: Dispositivos Terapéuticos – Fundamentaciones Teóricas- Clínicas.

El **Plan de Salud Mental** describe los Dispositivos de formación:

Se proponen diferentes dispositivos de formación, algunos siguiendo el formato de clase tradicional y otros que se denominan *formación en servicio*, ya sea a partir de observaciones del desempeño de otros profesionales del campo, como ateneos de indagación de las propias prácticas clínicas:

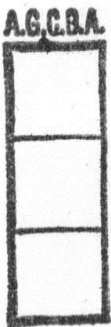
- Formación de residentes y concurrentes
- Ateneos de casos clínicos
- Conferencias
- Grupos de reflexión sobre las propias experiencias
- Supervisión de casos clínicos

- **Ley 448 Artículo 25º.-**

La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa (90) días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el texto del protocolo a cumplimentar para efectivizar la comunicación referida, el cual deberá ser remitido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles de producido cada informe.

- **Ley 448 Artículo 27º.-**

La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa (90) días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el protocolo del informe mensual que los establecimientos pertenecientes al Sistema de Salud Mental de la ciudad deberán remitirle, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido el cumplimiento del mes, en caso de continuar con la internación del paciente.



- **Ley 448 Artículo 32º**

Sin perjuicio de la comunicación a la que hace referencia el artículo que se reglamenta, la autoridad de aplicación procede a informar la internación de niños, niñas y adolescentes, dentro de los mismos plazos previstos, al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

- **Ley 448 Artículo 39º**

La autoridad de aplicación elevará trimestralmente a la Superioridad, a los fines de su diligenciamiento al Consejo de la Magistratura, la información referida a la demora judicial en la externación de pacientes ingresados por esa vía, como así también las relacionadas con las no necesarias a juicio del equipo de Salud Mental, acompañando en todos los casos bajo sobre, informes debidamente fundados, de la circunstancia que corresponda en cada caso.

De la información recibida de la DGSM cada efector dependiente sigue las normativas vigentes para la internación/externación. En todos se respeta la singularidad de cada paciente y los derechos de los mismos, informando al nivel operativo legal que corresponde a cada caso, tratándose de internaciones voluntarias e involuntarias.

1.1.e) Presentación de los lineamientos generales del nuevo Plan de Salud Mental 2012-2016

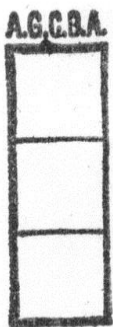
La Dirección General de Salud Mental presentó los lineamientos generales del nuevo plan que se describe en forma sintética a continuación:

- **DESARROLLO DE LA ATENCION AMBULATORIA Y DE INTERNACION**

Se acentúa la necesidad de continuar con el proceso de externalización, la integración en otros dispositivos más normalizados a los fines de aumentar la calidad de vida.

Expresa que se remodelaron muchos pabellones de los principales Hospitales: Borda. Moyano Alvear y Tobar García; la necesidad de priorizar actuaciones y procedimientos para la asistencia a pacientes con trastornos Mentales graves: en coordinación, abordaje y traslado trabajando conjuntamente con el SAME y con jefes y directores de hospitales; Se abrieron camas en el Hospital Alvear en el Sector infanto-juvenil, en adultos mujeres y hombres (90 camas en funcionamiento) y camas de internación del Hospital Piñero y Alvarez; En el Hospital Elizalde se abrirá una sala de internación con 10 camas (se suman a las camas que funcionan en el Hospital Gutiérrez); En el Hospital Durand se abrirá un piso de internación y hay proyectados en el Ramos Mejía, Rivadavia y Tornú.

En el mencionado informe, la DGSM expresa que cuenta con un programa de atención domiciliaria de adultos y niños que actualmente está en vigencia; con programas de asistencia telefónica para urgencias psiquiátricas y de orientación. A pacientes o familiares de pacientes adictos; que funcionan las



siguientes redes: psicogeriatría, psicopedagogía, alimentación, violencia, musicoterapia, atención primaria, orientación vocacional y un programa de vigilancia epidemiológica.

Asimismo, proyectan encuestas poblacionales sobre trastornos de salud mental para conocer con más exactitud el perfil epidemiológico de la población a cargo y en relación a las adicciones, el Ministerio de Salud de la Ciudad tiene a su cargo la atención ambulatoria en los distintos servicios de Psicopatología de los Hospitales monovalentes y polivalentes, centros de Salud Mental (el N°1 el N°3), Cesacs, Centros de Día (actualmente hay tres). Se proyectan crear dos Centros de Día mas para pacientes adictos y cubrir las 24 hrs. del día en uno de ellos; el Hospital Fernández cuenta con 10 camas para desintoxicación y también se realiza tratamiento ambulatorio.

Se proyecta abrir un Centro de Día para adolescentes con patología dual con capacidad para 20 pacientes y 30 camas para internación; en relación a adultos se proyecta poner en funcionamiento un Centro de Internación de pacientes duales y adictos en el Hospital Borda con capacidad para 60 a 90 pacientes.

- **DESARROLLO DE LA ATENCION REHABILITADORA**

Constituye uno del elemento destacado del Plan.

El déficit aparece en las estructuras de apoyo social específicos, en el ámbito residencial (Residencias, Casas de medio camino, Hogares Protegidos) de acuerdo a las necesidades.

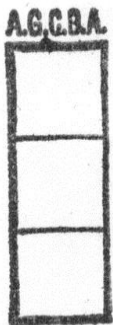
Actualmente está en funcionamiento la Residencia Gorriti con alojamiento para 21 pacientes adultos. Se reformo ediliciamente la Casa de medio camino del Hospital Borda que alojara 10 pacientes. En 2012 está prevista la apertura de otra Casa de medio camino.

Expresa el informe que están próximas a inaugurarse dos residencias protegidas para adolescentes, una en la calle Aranguren que alojara 15 adolescentes entre 14 y 18 años y otra en la calle Pedro Goyena con alojamiento para 10 adolescentes de 14 a 21 años; se abrió un Centro de Día en el Parque Roca para niños y adolescentes con trastornos mentales severos; cuenta con micro-emprendimientos sociales para adultos y adolescentes y proyectan alquilar un nuevo espacio para los que están desarrollando esa tarea en lugares inadecuados; otorgaran subsidios de externacion para los pacientes con el consiguiente armado de equipos profesionales para el seguimiento de los casos.

- **DESARROLLO DE LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Manifiesta que en Hospitales y Centros de Salud desarrollan actividades a través de 500 talleres.

Del análisis de los lineamientos generales del Plan de Salud Mental período 2012-2016 surge que desarrolla 3 puntos: Atención Ambulatoria y de internación; Atención rehabilitadora; Promoción y Protección de la Salud y



Prevención de la Enfermedad Mental. Expresa avances y propuestas de la gestión a modo de informe de gestión pero no llega a conformarse como Plan de Salud Mental (**Observación n° 6**)

2. Composición del personal.

En la Dirección General de Salud Mental se desempeñan 64 personas designados en planta permanente.

Planta Permanente DGSAM	Planta Permanente Otros Efectores	TOTAL AGENTES
49	15	64

De ese total, 15 provienen de otras áreas del Ministerio de Salud:

Personal de Planta Permanente									
DGSAM	DGL y T	AMEGHINO	RIVADAVIA	MOYANO	ALVEAR	ALVAREZ	T. GARCIA	BORDA	MSGC
49	1	3	1	3	2	1	2	1	1

El cuadro siguiente muestra la cantidad de personal contratado:

FUNCION	CANTIDAD CONTRATOS en trámite s/Dir. Gral RRHH PARA EL AÑO 2014	CANTIDAD AGENTES CONTRATADOS q informa la Dir. Gral Salud Mental al 2013
Asistencia Profesional	2	
Asistencia Administrativa	16	13
Operador Sociocomunitario	46	45
TOTAL AGENTES	64	58

De la información recibida, los montos de contratos en el año 2014 oscilan entre los \$1000 a \$4200 mensuales a excepción de un solo contrato que asciende a \$12000 por asistencia profesional.



Los Contratos de los Operadores Sociocomunitarios se definen desde la Dirección General para realizar tareas en las Casas de Medio Camino y en la Dirección.

2.1. Concursos

En el área de la Dirección de Salud Mental durante el año 2012 se realizaron 300 llamados a concursos.

El cuadro siguiente describe sus particularidades:

En curso	14	2		16
Finalizado	215	51	11	277
No prospera	1	6		7
Total general	230	59	11	300

A continuación se describen los concursos finalizados en el año 2012 de los Escalafones Profesional y General

CONCURSO FINALIZADO AÑO 2012 ESCALAFON PROFESIONAL						
ESPECIALIDAD	AMEGHINO	TOBAR GARCIA	ALVEAR	MOYANO	BORDA	TALLERES PROTEGIDOS
Farmacéutico de Planta	1	0	0	0	1	0
Asistente Social de Planta	1	0	1	0	0	0
Medico de planta	4	3	5	1	14	3
Técnico Administrativo / Bachiller	2	0	0	5	1	0
Psicólogo de Planta	2	0	3	0	10	0
Psicopedagogo de Planta	1	0	0	0	0	0
Nutricionista Dietista de Planta	0	0	2	0	1	0
Jefe de Departamento	0	0	0	0	0	0
Jefe de Sección	0	0	2	3	2	0
Especialista en la Guardia Médico	0	0	2	2	4	0
Auxiliar de Enfermería	0	0	0	130	69	1 en curso
Auxiliar de Enfermería					1 no prospero	

CONCURSO FINALIZADO AÑO 2012 ESCALAFON GENERAL						
ESPECIALIDAD	AMEGHINO	TOBAR GARCIA	ALVEAR	MOYANO	BORDA	TALLERES PROTEGIDOS
Pintor	0	2	0	0	0	2
Carpintero	0	2	0	0	0	2
Técnico Administrativo / Bachiller	2	0	0	7	2	0
Operario de Oxigenoterapia	0	0	0	1	0	0

Además, 2 concursos no prosperaron y uno se encuentra en curso.

3. Presupuesto

Del año 2012 (período auditado) el Programa 65 Acciones en Salud Mental contempla las acciones que se llevan adelante en el marco de la Dirección General de Salud Mental dependiente de la Subsecretaría Integrada de la Salud.

Las siguientes actividades presupuestarias son:

*Actividad 1: Conducción y Administración, correspondientes a los gastos asociados a la propia Dirección General.

*Actividad 28: Prevención y Atención de Adicciones: Según información de la Dirección General, paso a depender del Ministerio de Desarrollo Social y desde el área de salud se continúa atendiendo a pacientes con dicha problemática.

*Actividad 61: Programas Residenciales.

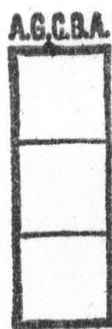
*Actividad 62: Programas de Reinserción Social.

El presupuesto del Programa 65 de la Dirección General de Salud Mental, devengado³ en el período 2012 fue de \$ 30.154.063,00 de los cuales \$ 6.407.558,00 fueron gastos de personal, \$ 7.458,00 fueron gastos de bienes de consumo, \$ 713.202,00 fueron gastos en servicios no personales, \$ 8.692,00 fueron gastos de bienes de uso y \$ 23.017.153,00 fueron gastos por Transferencias. Mientras que el porcentaje de ejecución ascendió al 95,66%. Cabe aclarar que estos datos corresponden a la totalidad del presupuesto y no a las partidas que tiene acceso la Dirección.

Ejecución presupuestaria - Período 2012

Juris	U. Ej.	Prog	Inc	Sanción	Vigente	Devengado	% Ejecución
40	551	65	1	4.060.000	6.407.562,00	6.407.558,00	99,9999376%
40	551	65	2	167.000,00	7.463,00	7.458,00	99,9330028%
40	551	65	3	1.186.000,00	713.204,00	713.202,00	99,9997196%
40	551	65	4	68.000,00	12.170,00	8.692,00	71,4215283%
40	551	65	5	18.281.000,00	24.379.939,00	23.017.153,00	94,4102157%
Total				23.762.000,00	31.520.338,00	30.154.063,00	95,6654272%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la Dirección General de Salud Mental.



Ejecución presupuestaria por Actividad - Período 2012

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	SANCION	VIGENTE	DEVENGADO
1	Conducción y Administración	20.866.600,00	30.820.473,00	29.456.558,00
28	Prevención y Atención de Adicciones	16.000,00	0,00	0,00
61	Programas Residenciales	910.800,00	699.865,00	697.505,00
62	Programas de Reinserción Social	1.968.600,00	0,00	0,00
TOTALES GENERALES		23.762.000,00	31.520.338,00	30.154.063,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la Dirección General de Salud Mental.

Respecto al año 2012, el Inciso 1 Gastos en Personal es manejado totalmente desde Nivel Central.

Del Inciso 2, Bienes de Consumo, las partidas utilizadas por la Dirección son principalmente la 2.1.1 Alimentos, 2.2.2 Prendas de vestir y 2.9.2 Útiles de escritorio, oficina y enseñanza, dichas partidas se utilizan para las imputaciones de las cajas chicas que se llevan para gastos de las Casas de Medio Camino, Residencias, etc.

Respecto al Inciso 3, Servicios No Personales, la partida 3.2.1 Alquileres de Edificios y Locales concentra la mayor parte del Inciso y corresponde a Contratos de Alquileres firmados entre privados y la Dirección de Salud Mental para el Programa Residencias

Inciso 4, Bienes de Uso, el movimiento que tiene, corresponde también a las imputaciones de las cajas chicas como se mencionó anteriormente.

Por último, el Inciso 5, Transferencias, se trata de Hogares Conveniados que pasaron de Desarrollo Social a Salud Mental en Septiembre de 2010, mediante Decreto 647/2010.

Respecto a la Imputación Presupuestaria por Actividad, vemos que el 97% del Presupuesto se imputa a la Actividad 1 – Conducción y Administración, dentro de la cual \$6.407.558 corresponden a Gastos en Personal y \$23.017.153 corresponden a Transferencias a Hogares. La otra actividad que tuvo reflejo presupuestario es la 61 Programas Residenciales, donde se le imputó \$ 697.505 que corresponden al Inciso 3 - Alquileres de Edificios y Locales.

Con esto quedó demostrado que, los programas que lleva adelante la Dirección de Salud Mental, no cuentan con reflejo presupuestario, a excepción de Gastos en Personal, Alquileres para Programa Residencias y Transferencias a Hogares.

Efectuando un análisis global, el incremento registrado en el bienio 2011-2012, asciende al 106,52%. Esto se debe a que, por un lado, no contamos con los datos de Gastos en Personal correspondientes al periodo 2011 al no ser proporcionado, en lo que respecta al Inciso 3 Servicios No Personales, hay un incremento importante y esto se debe a que de un año a otro aumentó el



número de alquileres y además se decide pagar por adelantado el alquiler de la Casa de Medio Camino de Avellaneda.

Por último, el Inciso 5 aumentó no tanto en términos porcentuales sino en términos de cantidad de dinero, esta variación se explica teniendo en cuenta que de un periodo al otro se incrementó el número de Hogares con convenio. Se aumentó la cantidad de pacientes (tanto chicos como adultos) que debieron ser internados y asistidos. También en el año 2012, se pagaron deudas contraídas con los Hogares en el año 2011.

Jur	U E	Prog	Inc.	Descripción	2011	2012	Incremento porcentual 2011- 2012
40	551	65	1	Gastos en Personal		6.407.558,00	
40	551	65	2	Bienes de Consumo	3.517,70	7.458,00	112,01
40	551	65	3	Servi. No Personales	209.872,40	713.202,00	239,83
40	551	65	4	Bienes de Uso	12.959,50	8.692,00	-32,93
40	551	65	5	Transferencias	14.374.974,10	23.017.153,00	60,12
Total					14.601.323,70	30.154.063,00	106,52

3.1. Transferencias a ONGs y Contrato de Alquileres

Desde la Subgerencia Operativa (su responsable asumió en noviembre de 2013) se ocupan de la confección de expedientes para los pagos a los Hogares (Transferencias) y lo que respecta a los Alquileres.

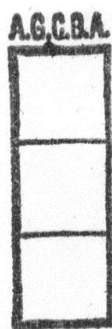
Durante el año 2012 eran seis los Hogares Conveniados y uno sin Convenio. Cada ONGs presenta su liquidación mensual a la Dirección y luego de cumplir con los circuitos administrativos formales, recibe el depósito por parte del Ministerio de Hacienda, generando la correspondiente imputación presupuestaria.

Las Transferencias corresponden a la partida presupuestaria 5.1.7.del Presupuesto.

El Ministerio de Salud de Nación define mediante Resolución el importe a pagar a cada Hogar. Resol 2299-2010 MSN, Resol 1534-2011 MSN, Resol 2032-2011 MSN y Resol 1685-2012 MSN.

Convenios con Organizaciones No Gubernamentales en el año 2012

C.E.P.R.E.A.P. SRL (Ex Casa Púrpura)
Fundación BASSO – Prevención y tratamiento de disfunciones sociales
Hogar SAN FRANCISCO LA LOMA SRL
LOS ANGELES DEL SUR S.A. – Sta. Clara de Asís
PROMOVER Asoc. Mutual
SERVICIO PARA LA EQUIDAD SOCIAL: Asoc. Civil (SERES)
La Casona de los Barriletes



Circuito:

Cada Hogar trae su liquidación mensual, los primeros días de cada mes con la cantidad de chicos internados, las altas, egresos, derivaciones, etc. y se compara con la base de datos que aportan los responsables de los programas específicos.

El importe mensual de la Transferencia por Hogar, es el resultante de multiplicar la cantidad de chicos internados por la cantidad de días que permanecieron internados por el arancel que determina Nación según Resolución.

Una vez que se obtiene la información de todos los Hogares, arma el expediente, elabora un informe y eleva a la Subsecretaría Integrada de la Salud de Ciudad (generalmente a mediados de mes). Si está todo bien, se hace el pase al área Contable y de ahí, pasa a Hacienda y se efectúa el Depósito.

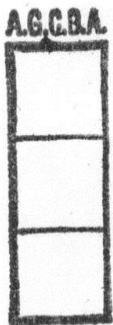
No conveniados: Fundación Vivencia se arma un expediente con la liquidación, el proceso es igual a las ONGs con convenio.

De la información recibida, La Casona de los Barriletes cuenta con convenio desde 2011 para atención ambulatoria y Hogar Vivencia se están tramitando en la Dirección General Legal y Técnica. En el caso de Fundación Basso, la institución no quiso renovar el convenio. Continúa internado un niño (ingreso en el 2010) por no querer retirarse y evaluar la Dirección General inoportuno su traslado.

La Casona de los Barriletes, según el Convenio año 2011 presenta el Proyecto de Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio, se compromete a brindar el servicio consistente en "Prestaciones de Apoyo" por el lapso de dos horas diarias. La DGSM otorgará un subsidio básico de pesos \$150 por cada niña/niño/adolescente/madre vinculadas a su/s hijo/s que corresponderá a la vacante real ocupada.

El artículo Octavo dice: La organización tendrá a su cargo la administración del subsidio ...(...)....y se compromete a aplicarlos exclusivamente al cumplimiento de las obligaciones que asume por este convenio y únicamente para servicios que benefician directamente a niña/niño/adolescente/madre vinculadas a su/s hijo/s. Se excluye del uso del subsidio gastos de administración, personal o capital, sin excepción.

El Proyecto institucional expresa que las prestaciones de apoyo que brinda el dispositivo son: Trabajo interdisciplinario y equipo de acompañantes terapéuticos socio-comunitarios, asistencia en la externación, articulación con los equipos tratantes, búsqueda de referentes familiares, trabajo familiar en sus zonas de residencia, acompañamientos terapéuticos, búsqueda, articulación derivación y seguimiento a otros efectores, asistencia familiar en bolsones de mercadería, viáticos, etc. Regularización y tramitación de documentación, acompañamiento para la inclusión y sostenimiento de espacios escolares, etc. Orientación y tramitación de beneficios de seguridad social, articulación y seguimiento de actuaciones judiciales, de CDNNyA, etc. **(Observación nº 7)**



Existen dos Contrato de alquiler firmado para Residencias entre propietarios y Dirección de Salud Mental.

La Dirección General Administrativo Contable generó una Orden de Compra por el periodo de duración del contrato, y mes a mes los propietarios entregan las facturas por el alquiler.

Sede Avellaneda tiene abonado alquiler por adelantado.

La Dirección General de Salud Mental prepara el parte de recepción y el propietario entrega el PRD firmado y la factura a Contaduría Nivel Central para efectuar el pago.

Respecto de las Casas de Medio Camino, las facturas por gastos de las mismas (insumos, ropa, útiles, etc) son enviados al responsable de caja. Todo estos insumos más lo administrativo relacionado con la Dirección, se paga por Caja Chica, Caja Especial (desde 2013) o se adquiere a través de BAC (Buenos Aires Compras). **(Observación N° 4)**

3.2. Análisis de Expedientes sobre Transferencias (Observación N° 5)

Se ha procedido a analizar las Transferencias efectuadas en la Dirección General de Salud Mental en el período 2012, objeto de esta auditoría, cuya imputación corresponde al: -Inciso 5 -Partida Ppal. 1 -Partida Parcial 7.

Según la información suministrada por la D.G.S.M., el detalle de transferencias realizadas en el período auditado, es el siguiente:

Liquidaciones mensuales a los siguientes Hogares	Mes	Importe
(CEPREAP, Fundación Basso, APAND, San Francisco La Loma, Los Angeles del Sur-Santa Clara de Asis, Ntra. Señora de Luján, Promover, SERES) y La Casona de los Barriletes.	Ene-12	\$ 1.286.684,95
	Feb-12	\$ 1.181.808,47
	Mar-12	\$ 1.406.173,48
	Abr-12	\$ 1.431.498,01
	May-12	\$ 1.429.679,54
	Jun-12	\$ 1.423.627,33
	Jul-12	\$ 1.797.741,97
	Ago-12	\$ 3.821.182,99
	Sep-12	\$ 1.906.218,49
	Oct-12	\$ 4.213.815,54
	Nov-12	\$ 1.977.034,82
	Dic-12	\$ 2.031.475,90
TOTAL ANUAL		\$ 23.906.941,49

De la Base de Transacciones – Ejercicio 2012 – Programa n° 65 Inc. 5.1.7 Transferencias, se verificaron imputaciones por tal concepto a 9 instituciones/ ONGs de Salud Mental por un monto total de \$23.017.153,35. Se observó una diferencia entre la información brindada por la DGSM y dicha base que asciende a \$ 889.788,14.



Como parte del procedimiento de verificación de transferencias se tomó la información brindada por la DGSM. Se seleccionó una muestra de 3 (tres) meses, con un criterio de significatividad económica, eligiendo los tres meses de mayor volumen de transferencias, a saber:

Mes	Importe
Ago-12	\$ 3.821.182,99
Oct-12	\$ 4.213.815,54
Dic-12	\$ 2.031.475,90
	\$ 10.066.474,43

La D.G.S.M., proporcionó los números de expedientes tramitados en cada uno de los meses sujetos a análisis. De los meses de Agosto y Diciembre, se analizó el 100% de los expedientes, que ascienden a 5 (cinco).

Respecto al mes de Octubre, de los 10 (diez) expedientes informados, se han elegido 5 (50%) al azar, ya que no se contó con el detalle de los montos por expediente.

Del total de 10 Expedientes, 7 (siete) fueron vistos en la Dirección General de Contaduría y 3 (tres) en la D.G.S.M.

Vista Expedientes en la Dirección General de Contaduría

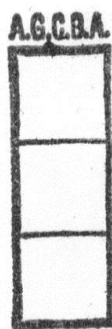
Mes	Expediente N°	Monto	Subtotal
Ago-12	1.938.501/12	\$ 1.903.453,39	
	1.554.832/12	\$ 1.824.729,60	\$ 3.728.182,99
Oct-12	1.821.025/12	\$ 163.904,82	
	2.049.721/12	\$ 401.301,75	
	2.049.865/12	\$ 61.884,72	
	2.049.620/12	\$ 591.187,20	\$ 653.071,92
Dic-12	57.228/13	\$ 1.943.125,90	\$ 1.943.125,90
			\$ 6.324.380,81

Los Expedientes parten de:

- Encuadre legal formal, s/ convenios que desarrollan programas o servicios de atención de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de vulnerabilidad social. Se citan los convenios y resoluciones. Los convenios se suscribieron s/ Dto. 984-GCBA-09 y por Ley 445, Dto. Reg.1645/02- Res.28/S.D.SOC./2005 y Res.552-M.D.S.G.C.-2009, a los efectos de ejecutar las erogaciones respectivas, imputándose las mismas a la partida presupuestaria U.E. 551 Prog. 65 Act. 61.

Luego, hubo convenios c/ Organismos que desarrollan Programas o Servicios de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes en situación de vulnerabilidad social, que fueron transferidos por Dto. 647/2010/GCBA a la Dirección de Salud Mental.

- Anexo I, el cual es confeccionado por la DGSM y firmado por su Directora. Es una planilla de liquidación, en la que se especifica:



- Institución,
- Detalle: donde se detalla la cantidad de días por la cantidad de chicos y el valor diario.
- Subtotal,
- Montos Totales,
- CUIT,
- Convenio Madre.

Las liquidaciones pueden ser liquidaciones mensuales o bien ajustes por actualizaciones de los montos otorgados como subsidios, constando la modificación en el Convenio respectivo y en las Cláusulas Adicionales de los mismos.

- Disposición interna de la DGSAM,
- Solicitud de Gastos, con la imputación presupuestaria respectiva y el monto. Cabe aclarar que todas las imputaciones de los expedientes analizados se realizaron al Prog 65 Act 01 Inc 5 Ppr 1 Ppa 7 Spa 80 Fuente Financiamiento 11 – Transferencias a Otras Instituciones Sin Fines de Lucro.
- Resolución de Transferencia,
- Devengado de Gastos por Transferencias, verificando su correcta imputación presupuestaria y el Objeto del Gasto.
- Informe de la Dir. Gral. Administrativo Contable.
- Orden de Pago Presupuestaria, donde consta el número de orden de pago, la institución beneficiaria, imputación presupuestaria y monto de la orden de pago.

Conclusión:

Desde el aspecto formal, se cumplen con los requisitos en tiempo y forma. De lo analizado, se pudo verificar a través de la documentación existente, la efectivización de las transferencias que corresponden a los expedientes que surgieron de la muestra.

No obstante, no se constató documentación respaldatoria en los expedientes analizados en esta Dirección General: listado de beneficiarios detallado y su respectiva liquidación, a fin de avalar que la información de la cual se parte es genuina.



Vista Expedientes en la Dirección General de Salud Mental (Observación N° 5)

Mes	Expediente N°	Monto	Subtotal
Ago-12	2.027.346/12	\$ 93.000,00	\$ 93.000,00
Oct-12	2.418.049/11	\$ 285.678,86	\$ 285.678,86
Dic-12	120.671/13	\$ 88.350,00	\$ 88.350,00
			\$ 467.028,86

Respecto al Expte N° 2.418.049/2011 de Institución Ntra. Sra. de Luján, se cumple con parte de los requisitos formales. Consta la documentación

respaldatoria proporcionada por la institución beneficiaria, listado de beneficiarios y su correspondiente liquidación, Convenios, Cláusulas Adicionales con la modificación al monto del subsidio, Informes de Procuración y Dir. Gral. Legal y Técnica, Anexo I con Reajuste, Solicitud de Gastos donde se verificó la correcta imputación presupuestaria (I P P 5.1.7.80), Resolución de Transferencia, no consta la Orden de Pago Presupuestaria que permite dar fe de la efectivización de la Transferencia. Monto total: \$285.678,86.

Los Exptes 2.027.346/12 y 120.671/13, tienen como beneficiario a la “Casona de los Barriletes”.

El encuadre normativo es diferente debido a que la operatoria se fundamenta en el Dto 556/10 y su modificatoria Dto. 752/10.⁴

En los registros vistos se menciona a La Casona de los Barriletes como un “Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio”. El convenio del Espacio Familiar terapéutico no fue transferido mediante el Dto. 647/2010/GCBA a la órbita de la DGSAM, ya que no se consideró la transferencia de los tratamientos ambulatorios de niños, niñas y adolescentes con trastornos graves de salud mental.

El nuevo convenio con esa institución se encuentra en trámite por Expte. 372.904/2011/MGEYA.

Razón por la cual se pide autorización del pago de los subsidios, por vía de excepción, aclarando que, estos niños padecen Trastornos graves, que varios de ellos fueron externados del Hospital Tobar García y reciben esta asistencia con el fin de evitar una fractura institucional que provoque una discontinuidad del tratamiento con eventuales riesgos de retrocesos, descompensaciones, que puedan llevar incluso a la reinternación.

El Expte. 2.027.346/12 consta de 4 fojas, está incompleto, habla de algunos aspectos normativos, pero no consta listado de beneficiarios, liquidación respectiva, etc.

Respecto del Expte. 120.671/13, se rige por el Dto 556/10 y 752/10, como se mencionó anteriormente.

Al efectuar el análisis, se verificó listado de beneficiarios, liquidación.

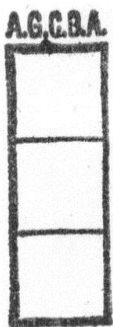
Se verificó una Factura que la Institución le realizó al GCBA en concepto de “prestaciones realizadas en el mes de Diciembre, correspondientes al Espacio Familiar Terapéutico”. Dicho concepto es muy impreciso y no quedan claras cuáles son las obligaciones de las partes.

Además, al ver la solicitud del gasto, se verificó que la imputación presupuestaria es a la partida 3.5.2. – Descripción: Servicios Especializados Importe: \$ 88.350,00.

Consta Registro único y Permanente de Proveedores – Personas Jurídicas – Rubro: Servicios Profesionales, Técnicos y Operativos. Dicha institución se encuentra inscripta.

Se emite Orden de Compra y Parte de Recepción Definitiva.

⁴ **Decreto N° 556/10** establece la unificación y sus modificatorias N° 400/08 y el expediente 56102/10. Autoriza a los funcionarios a realizar pagos, entregas y transferencias de fondos, reintegros y devoluciones de impuestos, derechos y tasas, liquidar haberes y aprobar rendiciones de cuentas y se establece un mecanismo para hacer frente a gastos de imprescindible necesidad tendientes a asegurar prestaciones esenciales



Concepto: Servicio Externo para Paciente Externo – Internación Psiquiátrica.

Conclusión:

De lo que se deduce que la operatoria con la “Casona de los Barriletes” se toma como una Locación de Servicios, por los cual se imputa a la partida 3.5.2. Por todo lo expuesto, no se puede considerar este concepto como Transferencia

A modo de conclusión, del 100% de la muestra seleccionada, que ascendía a Transferencias por \$7.356.616,24, se pudieron verificar como tales, Transferencias por \$ 6.889.587,38, es decir un 93,65%.

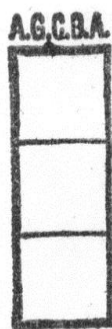
El cuadro siguiente describe los montos y porcentajes de las transferencias verificadas por esta auditoria:

Mes	Expediente N°	Monto	Subtotal	Total	Porcentaje
Ago-12	1.938.501/12	\$ 1.903.453,39			
	1.554.832/12	\$ 1.824.729,60	\$ 3.728.182,99		
	2.027.346/12	\$ 93.000,00	No corresponde a una Transferencia*	\$ 3.728.182,99	97,57%
Oct-12	1.821.025/12	\$ 163.904,82			
	2.049.721/12	\$ 401.301,75			
	2.049.865/12	\$ 61.884,72			
	2.049.620/12	\$ 591.187,20	\$ 1.218.278,49		
	2.418.049/11	\$ 285.678,86	No se pudo verificar**	\$ 1.218.278,49	81,00%
Dic-12	57.228/13	\$ 1.943.125,90	\$ 1.943.125,90		
	120.671/13	\$ 88.350,00	No corresponde a una Transferencia*	\$ 1.943.125,90	95,65%
			\$ 6.889.587,38	\$ 6.889.587,38	93,65%

*Están imputados a partida 3.5.2.Locación de Servicios

**Expediente incompleto falta la Orden de Pago

En relación a La Casona de los Barriletes, a fin de profundizar su reflejo presupuestario, se analizó en la Base de Transacciones Ejercicio 2012 el Programa 5 Actividades Comunes a Los Programas 45, 49, 52 y 65 de la Subsecretaria de Atención Integrada de Salud. Como resultado, se verificaron imputaciones presupuestarias al Inc. 3.5.2 bajo modalidad de contratación (locación de servicios) por Dec. 556/2010 a la Asociación Civil la Casona de los Barriletes, ratificando lo expresado en los expedientes analizados. El monto devengado total ascendió a \$1.066.050.



Fecha de imputación	Ejercicio	Tipo de Contratación	Institución	Devengado Total
Desde Mayo a Diciembre de 2012	2012	DECRETO 556/2010	ASOCIACION CIVIL LA CASONA DE LOS BARRILETES	\$1.066.050

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Asimismo, en el mismo Programa N° 5, se verificó la contratación (locación de servicios) del Instituto de psicopatología Ntra Sra de Lujan desde el mes de abril a septiembre de 2012 por un monto devengado total de \$79.120. Esta Institución percibió además en concepto de Transferencias Inc. 5 un total de \$1.153.954 durante el 2012.

3.3. Caja Chica y especial:

Existe una caja chica para gastos generales y una caja chica especial que se está tramitando (no existieron en el periodo auditado), para Casas de Medio Camino: Pedro Goyena, Avellaneda, San Juan, Aranguren, Gorriti y Pompeya. Las partidas presupuestarias generales que se utilizan en la Dirección para las imputaciones de cajas son: 2.1.1 Alimentos, 2.2.2 Prendas de Vestir, 2.9.2 Útiles de escritorio, oficina y enseñanza, 3.5.1 Traslados, 3.5.3 Impresiones, Inciso 4 – Equipamiento, Muebles.

La Caja Chica común es por un monto de \$16.000 mensual, y la Caja especial solicitada por un monto de \$75.000 anual (se rinde a fin de año).

3.2.1. Análisis Cajas Chica período 2012

El total de Cajas Chica en el año 2012, asciende a cuatro y se procedió a analizar la totalidad del universo.

CAJA CHICA N° 1 – Corresponde al Expediente 930059 / 2012, con fecha 08/05/2012.

Consta la Elevación de la rendición de fondos con cargo a rendir cuenta por la suma de \$ 11.559,82.

Constan los comprobantes de respaldo correspondientes a los gastos realizados.

Consta Aprobación de gastos realizados bajo modalidad Caja Chica Común correspondiente a la Rendición N° 1 del ejercicio 2012, que asciende a \$11.559,82 - Disposición 63/DGSM/2012.

Consta el Anexo I, Resumen de Comprobante por Fecha, donde consta la Fecha, Nombre de Beneficiario e Importe.

Consta Anexo II, Resumen de Comprobante por Fecha, en la que consta N° Orden de comprobante, Beneficiario de pago, Concepto, Importe en pesos e Imputación Contable.

Consta Anexo III, Resumen de Rendición.

Consta Disposición 80/DGSM/2012, mediante la cual se sana la Disposición 63/DGSM/2012 y se aprueban los gastos bajo la modalidad de Caja Chica Común correspondiente a la rendición N°1 del ejercicio 2012, los que ascienden a la suma de \$ 10.461,67.

Consta Anexo I, Resumen de Comprobante por Fecha, con los cambios efectuados.

Consta Anexo III, Resumen de Rendición, con los cambios efectuados.

Del análisis realizado, se verifica una diferencia de \$ 1.098,15 menos, que corresponden a errores materiales, según se manifiesta en la Disp.



80/DGSM/2012, habiendo 2 (dos) comprobantes en concepto de “Alimentos para Personas” los cuales se han reducido los importes de las facturas, además de eliminarse Gastos varios de peaje y Servicio de Expendio de Combustible.

Cabe aclarar que, según la Disposición de saneamiento, la mayoría de los comprobantes corresponden a reuniones de Directores, Jefes de Salud Mental y funcionarios del GCBA, mientras que sólo el comprobante N° 16, corresponde al Servicio de Limpieza prestado a la Residencia Protegida para Adolescentes ubicada en la calle Aranguren 3837, CABA. Este comprobante corresponde a Casa Dumar Servicios Integrales S.R.L., la factura se emite a nombre de la D.G.S.M. MIN. SALUD, en ese entonces ubicada en Córdoba 3120 1º, en concepto de Prestación del Servicio de Limpieza, por un valor de \$ 2.559.

Si bien no se incluye en la Disposición al comprobante de Mudanzas Bárbara, esta Auditoria lo considera, un gasto también imputable a la Residencia Protegida para Adolescentes.

FECHA	BENEFICIARIO	IMPORTE EN \$
29/03/2012	Casa Dumar Servicios integrales S.R.L. – (Servicio de Limpieza)	\$ 2.559,00
30/03/2012	Mudanzas Bárbara (de calle Garay 2342 a Aranguren 3837)	\$ 2.500,00
TOTALES		\$ 5.059,00

Es decir que, en esta Caja Chica, los comprobantes de gastos que corresponden a Programas de la Dirección ascienden a \$ 5.059,00.

A continuación se detallan algunos de los comprobantes, a modo de ejemplo y elegidos al azar, tratando de abarcar la mayoría de los rubros:

FECHA	BENEFICIARIO	IMPORTE EN \$
27/02/2012	La Esquina Del Sol (Alimentos)	\$ 489,10 ****
29/03/2012	Casa Dumar Servicios integrales S.R.L. – (Servicio de Limpieza)	\$ 2.559,00 *****
30/03/2012	Mudanzas Bárbara (de calle Garay 2342 a Aranguren 3837)	\$ 2.500,00
25/04/2012	Belgrano Servicio Técnico (por Proyector Sony)	\$ 1.890,00
27/04/2012	Daniel Tucci (Remisería)	\$ 126,00

**** El comprobante de La Esquina del Sol, corresponde al comprobante original que fuera corregido en la Disp.80, tomando e imputando como valor \$ 391,50.

CAJA CHICA N° 2 – Corresponde al Expediente 1980011/2012, con fecha 14/09/2012.



Consta la Elevación de la rendición de fondos con cargo a rendir cuenta por la suma de \$ 13.345,08.

Constan los comprobantes de respaldo correspondientes a los gastos realizados, cabe aclarar que cuando se constató la compra de un bien de mueble, se verificó la respectiva alta patrimonial.

Consta Aprobación de gastos realizados bajo modalidad Caja Chica Común correspondiente a la Rendición N° 2 del ejercicio 2012, que asciende a \$13.345,08 Disposición 103/DGSM/2012.

Consta el Anexo I, Resumen de Comprobante por Fecha, donde consta la Fecha, Nombre de Beneficiario e Importe.

Consta Anexo II, Resumen de Comprobante por Fecha, en la que consta N° Orden de comprobante, Beneficiario de pago, Concepto, Importe en pesos e Imputación Contable.

Consta Anexo III, Resumen de Rendición.

Cabe aclarar que, según la presente Disposición aprobatoria, 13 (trece) comprobantes, corresponden a reuniones de Directores, Jefes de Salud Mental y funcionarios del GCBA; 9 (nueve) comprobantes corresponden al traslado de la Directora General de Salud Mental, mientras que 3 (tres) comprobantes corresponden al arrendamiento de distintas salas para la realización de dos Jornadas distintas (Jornada de Salud Mental de la CABA y Jornada de la Presentación de la Red de Orientación en Trabajo y Educación).

A continuación se detallan algunos de los comprobantes, a modo de ejemplo y elegidos al azar, tratando de abarcar la mayoría de los rubros:

FECHA	BENEFICIARIO	IMPORTE EN \$
09/05/2012	La Esquina Del Sol (Alimentos)	\$ 998,75
15/08/2012	Centro Herramientas (Compra de 2 cafeteras)	\$ 1.169,98 ****
27/08/2012	Dotcom – Hard, Soft, Insumos – (Proyector Epson)	\$ 3.999,99 ****
06/09/2012	Daniel Tucci (Remisería)	\$ 990,00

**** Cabe aclarar que, cuando se constató la compra de estos bienes muebles, se verificó el alta patrimonial correspondiente a cada bien.



CAJA CHICA N° 3 – Corresponde al Expediente 2459420/2012, con fecha 13/11/2012.

Consta la Elevación de la rendición de fondos con cargo a rendir cuenta por la suma de \$ 11.208,60.

Constan los comprobantes de respaldo correspondientes a los gastos realizados.

Consta Aprobación de gastos realizados bajo modalidad Caja Chica Común correspondiente a la Rendición N° 3 del ejercicio 2012, que asciende a \$11.208,60 Disposición 149/DGSM/2012.

Consta el Anexo I, Resumen de Comprobante por Fecha, donde consta la Fecha, Nombre de Beneficiario e Importe.

Consta Anexo II, Resumen de Comprobante por Fecha, en la que consta N° Orden de comprobante, Beneficiario de pago, Concepto, Importe en pesos e Imputación Contable.

Consta Anexo III, Resumen de Rendición.

Cabe aclarar que, según la presente Disposición aprobatoria, 3 (tres) comprobantes, corresponden a reuniones de Directores, Jefes de Salud Mental y funcionarios del GCBA; 4 (cuatro) comprobantes corresponden al traslado de la Directora General de Salud Mental, mientras que 5 (cinco) comprobantes corresponden a gastos realizados con motivo de la apertura del Hogar Nueva Pompeya.

Los comprobantes correspondientes a la apertura del Hogar Nueva Pompeya, son:

FECHA	BENEFICIARIO	IMPORTE EN \$
12/09/2012	Ferretería – María Da Piedade Azevedo	\$ 312,50
12/10/2012	Gran Farmacia Gallo S.A. (por compra de Balanza)	\$ 82,00
13/10/2012	Falabella S.A. – SODIMAC (Herramientas – Arreglos Florales)	\$ 573,75
13/10/2012	Carrefour San martin – Inc S.A. (Compra Juego Infantil – Equipo Basquet)	\$ 195,00
13/10/2012	Falabella S.A. – SODIMAC (Artículos varios)	\$ 2.840,75
TOTALES		\$ 4.004,00

Asciende a un total de \$ 4.004,00.

CAJA CHICA N° 4 – Corresponde al Expediente 61516/2013, con fecha 04/01/2013.

Consta Aprobación de gastos realizados bajo modalidad Caja Chica Común correspondiente a la Rendición N° 4 del ejercicio 2012 Cierre Ejercicio 2012, que asciende a \$2.143,79 -Disposición 3/DGSM/2013.

Consta el Anexo I, Resumen de Comprobante por Fecha, donde consta la Fecha, Nombre de Beneficiario e Importe.

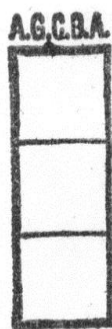
Consta Anexo II, Resumen de Comprobante por Fecha, en la que consta N° Orden de comprobante, Beneficiario de pago, Concepto, Importe en pesos e Imputación Contable.

Consta Anexo III, Resumen de Rendición.

Cabe aclarar que, según la presente Disposición aprobatoria, los 6 (seis) comprobantes que menciona en el expediente, corresponden a reuniones de Directores y Jefes de Salud Mental de Fin de Año.

Conclusión

Del análisis realizado, se pudo verificar que rubros que integran la Caja Chica, corresponden a gastos afines a una Dirección General y de necesidad para el



correcto accionar de la misma, según también se afirma en las Disposiciones Aprobatorias de las cuatro Cajas Chicas.

Respecto a los gastos realizados en los Programas de la Dirección, debe tenerse en cuenta que en el año 2012, no se había creado aún la Caja Chica Especial, creada recién en el año 2013, para uso exclusivo de los programas que conforman la Dirección de Salud Mental.

Con lo cual, estos gastos se imputaban a las Cajas Chicas Comunes. Sólo 2 (dos) de las 4(cuatro) Cajas Chicas, la N° 1 y la N° 3 reflejan esto:

BENEFICIARIO	IMPORTE EN \$
Residencia Protegida para Adolescentes (Aranguren 3837)	\$ 5.059,00
Apertura Hogar Nueva Pompeya	\$ 4.004,00
TOTAL	\$ 9.063,00

4. Descripción de los Programas a cargo de la Dirección General de Salud Mental

4.1. Programas Residenciales

Su responsable es Psiquiatra, proviene del Hospital Tobar García y es coordinadora informal del Programa Residencias desde el año 2012. El programa se realiza de forma conjunta con el Coordinador de la Región Sanitaria 2 a cargo de la población adulta. Interviene en la apertura de establecimientos y controla el cumplimiento de los objetivos del programa. En la actualidad la Dirección General de Salud Mental cuenta con cuatro residencias destinadas al programa. Para la categoría de residencia protegida, Residencia Gorriti (adultos) ubicada en la calle Gorriti 5282, Residencias Pompeya y Avellaneda (infanto-juvenil, hasta los 18 años); para la categoría de Departamento Asistido, con el Departamento Asistido San Juan.

El personal afectado al programa accede al mismo por pase a comisión del hospital de origen, horas de suplencia de guardias dependiendo la frecuencia dentro del programa y contrato de locación de servicios en el caso de los operadores sociocomunitarios. Exceptuando este último caso, todos los profesionales deben pertenecer al sistema de salud. Los operadores sociocomunitarios reciben cursos de capacitación. El personal de mantenimiento y limpieza pertenece a empresas tercerizadas contratadas por el GCBA para los hospitales de la Ciudad más cercanos a las residencias. Desde las empresas de alimentación tercerizadas de dichos efectores también se provee la comida para las residencias. La medicación proviene de los hospitales de donde son derivados los beneficiarios. El equipo profesional es el directamente encargado del proceso de reinserción social del paciente. La coordinación selecciona dicho personal y realiza un seguimiento del cumplimiento de los objetivos mediante fichas de evaluación que son llenadas por dicho equipo. Si bien los tiempos de permanencia estimados por el programa rondan los 18 meses permanecen dentro de las residencias por un tiempo fuera del estipulado.



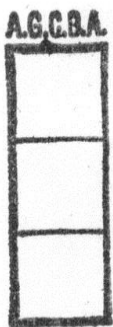
Objetivos:

- Favorecer la reinserción social en el ámbito comunitario de los pacientes con TMS de la red de Salud Mental, su integración social y su autonomía plena.
- Generar una red de efectores que den respuesta a las necesidades actuales, de los cuales trabajaran en forma conjunta con los efectores del sistema destinados para la asistencia, rehabilitación y la integración social y laboral de los usuarios.

Acciones

- Propiciar convenios macro que garanticen la cobertura correspondiente a Desarrollo Social, según indica el art. 15 de la ley 448 y la vinculación con otros actores comunitarios que puedan aportar a la integración social de los usuarios de los programas.
- Implementar medidas para la articulación intersectorial, con organismos gubernamentales y ONGs, y organismos nacionales o provinciales, necesaria para el desarrollo del programa
- Evaluar desarrollo e inclusión de nuevos efectores del programa
- Implementar acciones que garanticen el efectivo ejercicio de derechos e integración de las personas, en forma conjunta con organismos perinentes (Def. del Pueblo de Nación y Ciudad, Organismos de DDHH, Justicia Nacional y de la Ciudad)
- Evaluar la necesidad de recursos para el sostenimiento y desarrollo del programa.
- Propiciar la conformación de equipos interdisciplinarios para la atención comunitaria, rehabilitación y programas residenciales para personas que padecen TMS (trastornos mentales severos), integrados por técnicos del área de salud. Trabajo conjunto para transmisión del saber.
- Capacitar recurso humano bajo la modalidad de Programas Residenciales de SM
- Estudio e investigación de Programas Residenciales y sus diferentes modalidades para contribuir a nuevas estrategias de Salud Mental Comunitaria
- Establecer estrategias en conjunto con Asociaciones de Usuarios y familiares, referentes familiares y comunitarios, para favorecer el proceso de integración comunitaria
- Lograr reconocimiento de la sociedad y trabajar sobre el estigma vinculado al padecimiento de las personas que padecen TMS.
- Propiciar asignación presupuestaria destinada a los programas Residenciales a los efectos de su desarrollo y ampliación

Las residencias poseen denominaciones variables de acuerdo al grado de autonomía y los rango-etéreos de los beneficiarios, lo cual también determina la frecuencia de asistencia del personal profesional y operadores sociocomunitarios a los mismos. Las residencias, según los objetivos estipulados formalmente, se catalogan como: A) Residencias Protegidas (divididas en residencias de rehabilitación psicosocial –adultos y adolescentes)



- B) Casas de Medio Camino.
- C) Departamentos Asistidos

Tipos de efectores

A) **Residencias protegidas:** No está reglamentado como dispositivo en el ámbito del GCBA. La legislación vigente permite dar respuesta a los pacientes de larga estadía, en el marco de desinstitucionalización.

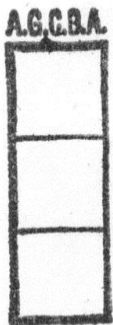
1. **De Rehabilitación Psicosocial Adultos:** pacientes cuya edad y evaluación de sus tratantes determine viable la posibilidad de reinserción social luego de un proceso de rehabilitación paulatino de las áreas de desempeño de la vida cotidiana perdidos luego de años de internación.

Población destinataria:

- Pacientes de ambos sexos de 21 a 60
- Diagnóstico de TMS en período de estabilidad
- Provenientes de internaciones prolongadas por falta de redes de contención y recursos sociales o internaciones psiquiátricas breves
- Sin autonomía para su inclusión en otros programas residenciales

Programa:

- 1- Articulación y acompañamiento de las actividades de la vida cotidiana de cada adolescente: escuela, talleres, emprendimientos sociales, club, amigos, familia.
- 2- Constitución de un espacio de red social, entendiendo como tal capacidad de circular y generar espacios productivos y placenteros por fuera del lugar que los alberga y que posibiliten el lazo social.
- 3- Construcción de un lugar valorado por el mismo
- 4- Logro de un nivel de autonomía que implique la posibilidad de generar sus propios intereses y de asumir las dificultades que lo cotidiano presente acorde a las condiciones de posibilidad de cada uno.
- 5- Desarrollo de las potencialidades creadoras y de la capacitación en relación a un proyecto vital
- 6- Presencia del acompañamiento
- 7- Sustitución de este dispositivo por la constitución de una red propia que le posibilita generar sus propios recursos y construir su lugar
- 8- Cada residencia tendrá como mínimo un área ocupacional de evaluación y rehabilitación en el desempeño de AVD (actividades de la vida diaria), evaluación ocupacional/vocacional y articulación con otros efectores de rehabilitación de la red (Emprendimientos Sociales, Talleres Protegidos), y un área social de revinculación familiar, recursos sociales, ampliación de redes sociales, asambleas de convivencia, etc. Primero se efectuará tratamiento



psiquiátrico/psicológico en el hospital de externación y luego derivados al efector de salud cercano al domicilio de la residencia, o su domicilio tras egresar de la residencia, quedando a cargo de la coordinación general el seguimiento y articulación entre efectores. Cada programa será ejecutado en forma interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, según necesidades de los usuarios del sistema.

Recursos Humanos. Equipo interdisciplinario debe estar formado por coordinador general, 2 terapistas ocupacionales, 2 trabajadores sociales, 1 psiquiatra de tiempo parcial, 1 operador sociocomunitario por turno, 1 profesional de disciplinas afines pertinentes según cada programa de rehabilitación, 1 nutricionista con concurrencia 2 veces por semana, 1 administrativo cada dos efectores, 1 persona de mantenimiento con concurrencia una vez por semana, 1 equipo de limpieza con concurrencia una vez por semana.

Recursos Físicos: Cada residencia debe contar con cantidad suficiente de habitaciones cuya superficie permita, de acuerdo a las normas de habitación del GCBA, la ubicación de 2-3 camas cada una y para la cantidad total de 20 camas; cuatro baños completos y un toilette; cocina completa, comedor y SUM, y espacio destinado a office para guardar legajos y medicación.

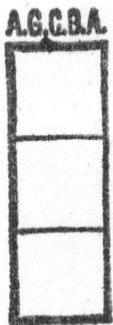
Funciona en la calle Gorriti, dentro de la CABA. Cuenta con una población de 21 beneficiarios, cubriendo la totalidad de su capacidad. Durante el año 2012, no hubo movimiento de beneficiarios.

Esta sede articula sus funciones con el programa PREASIS del Ministerio de Desarrollo Social y las residencias para adolescentes hacen lo propio con el Programa Adolescencia. El mismo ofrece actividades de corte lúdico y pedagógico, otorgando una beca a los adolescentes que logran mantener la actividad durante un determinado período. La coordinación del programa residencias no interviene en el ingreso de los adolescentes a dicho programa

4.1.1. Visita a Residencia Protegida Gorriti (Observación N° 8)

El día 11 de junio de 2014 se realizó una visita institucional a fin de relevar la estructura institucional y edilicia de la Residencia Protegida Gorriti y analizar el efectivo cumplimiento de sus metas y objetivos a partir de los legajos de los pacientes.

Procedimiento de auditoria: Se relevaron los legajos de 10 (Diez) pacientes de la residencia protegida n° 1 Gorriti del año 2012, con el objetivo de describir las características de la evolución de los pacientes, las instituciones derivantes y la situación posterior al egreso. Además, se realizó un relevamiento de la estructura institucional en función de sus recursos humanos y sus



requerimientos técnicos. También se procedió hacer un relevamiento edilicio del mismo.

Resultados

Se destacaron los siguientes aspectos:

Datos de la Institución

La Coordinadora (Aun no se efectivizó su nombramiento) es Licenciada en Terapia Ocupacional. Su lugar de procedencia y dependencia administrativa es el Hospital Braulio Moyano.

La Residencia Protegida Gorriti es creada bajo el Decreto N°267 como Residencia Protegida N°1 en octubre del año 2011. A la actualidad el inmueble es alquilado a un dueño privado.

La institución cuenta con proyecto institucional. La Directora enfatiza la necesidad de sistematizar informes estadísticos. Los que confecciona su equipo son de elaboración propia y no son elevados a la DGSAM.

Recursos Humanos

La Residencia Protegida cuenta con la siguiente distribución de personal:

Profesionales:

- Terapeuta Ocupacional-Jefe de Sección-Servicio de Rehabilitación- Hospital Moyano (en Comisión de Servicios)
- Terapeuta Ocupacional-Profesional de Planta-Hospital Moyano (en Comisión de Servicios)
- Enfermera Hospital Moyano (en Comisión de Servicios)
- Trabajadora Social- Profesional de Planta Hospital Alvarez. Y en Residencia Protegida con Guardias.(2014)
- Enfermera Hospital Marie Curie- Módulos en Residencia Protegida- 2010- hasta abril 2014

Además, personal contratado (terapeutas ocupacionales) por la Dirección General. En 2012 sumaban 9 profesionales

Relevamiento de legajos de pacientes

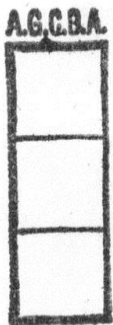
A partir del relevamiento de una muestra de diez legajos que representan el 50% de los pacientes internados durante 2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

- Seis de los diez pacientes relevados lograron su externación. Dos de ellos se incorporaron a emprendimientos del Programa Emprendimientos Sociales (Café Basaglia, Luthiers)
- Tres de los cuatro pacientes que continúan en la residencia también participan de emprendimientos sociales y actividades de los Talleres Protegidos.



- El seguimiento de los pacientes se realiza en función de sus actividades, no existe una frecuencia estandarizada. De acuerdo a lo registrado en los legajos se observa un seguimiento continuo.
- Se ha logrado la revinculación familiar de la mitad de los pacientes relevados. Debe destacarse que en un la revinculación ha sido incompleta debido a las características del entorno familiar y que otro pacientes no tiene familia.
- El nivel de escolarización de los pacientes se distribuye de la siguiente forma:
 - 3 pacientes con primario incompleto
 - 1 paciente con primario completo
 - 3 pacientes con secundario incompleto
 - 1 paciente con secundario completo
 - 1 paciente con terciario incompleto
 - 1 paciente con universitario incompleto
- El acompañamiento de los pacientes en sus actividades de la vida diaria (AVD) se realiza en función de sus necesidades de apoyo y capacidad de auto validez. Sólo uno de los pacientes relevados necesita de acompañamiento
- Sólo uno de los pacientes no posee expediente judicial
- Siete de los diez pacientes relevados continúan su tratamiento en los hospitales monovalentes de procedencia (Borda, Moyano, Alvear). El resto se atiende en el Centro Mayo y los CeSAC números 3 (Ameghino), 26 y 33.
- Solo uno de los diez pacientes presenta problemas de auto validez.
- Uno de los pacientes no cuenta con certificado de discapacidad.
- Dos de los pacientes relevados no cuentan con cobertura médica. De los ocho restantes, siete de ellos cuentan con cobertura del Programa Federal de Salud (PROFE)
- Todos los pacientes provienen del sistema de salud (Hospitales Borda, Moyano, Alvear y Ameghino)
- Siete de los diez pacientes relevados realizan actividades laborales, tanto por su cuenta como a través del Programa Emprendimientos Sociales.
- A todos los pacientes se les ha gestionado la tarjeta de Ciudadanía Porteña

Del procedimiento implementado surge un efectivo cumplimiento de las metas propuestas en virtud de un alto promedio de externación, revinculación familiar y sociolaboral. Todos los pacientes están escolarizados o en actividad laboral. Se observa un continuo y adecuado seguimiento de los pacientes, durante el período dentro de la Residencia y luego de su externación.



Recursos Físicos

Se procedió al relevamiento edilicio del inmueble haciendo observación del estado general de mantenimiento, limpieza y disposición de mobiliario en virtud de los objetivos propuestos en la información ofrecida. A partir de dicho relevamiento se concluyó que:

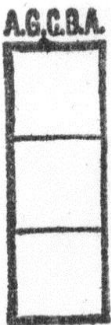
- Las habitaciones y camas para hombres y mujeres se distribuyen de la siguiente forma: Camas de hombres: 3 habitaciones de dos camas cada una para hombres (planta baja) y 6 habitaciones para mujeres, una de 3 camas y el resto de 2 camas. El espacio total sería entonces apto para 13 mujeres y 10 varones.
- Los espacios del inmueble, divididos en Salón de Usos Múltiples (SUM), Habitaciones, Office y comedor presentan adecuadas condiciones de mantenimiento y limpieza, además de mobiliario en buen estado. Se registra la falta de detectores de incendios (el cual se ha pedido por nota a la DGSAM) y grupo electrógeno. Las condiciones generales de seguridad son adecuadas (presencia de matafuego en buena ubicación, llave térmica y salida de emergencia). Se observa falta de pintura en el primer piso.
- Los baños cuentan con equipamiento completo (ducha, bañera, inodoro, bidet, lavatorio y agua caliente)
- La cocina se encuentra en adecuadas condiciones de mantenimiento y limpieza y cuenta con el equipamiento adecuado (bacha, extractor, calefón, cocina, paredes azulejadas y utensilios en buen estado)

A modo de síntesis, se observa un estado general adecuado del inmueble en materia de mantenimiento y limpieza. El mobiliario presenta buen estado y se distribuye de forma adecuada. Deben asegurarse la obtención de detectores de humo y grupo electrógeno a fin de adecuar las condiciones de seguridad de la Residencia.

2. **De Residencia Permanente:** pacientes cuya condición es de estabilidad psiquiátrica, pero cuya edad, deterioro cognitivo, falta de recursos y redes sociales, no permite pensar en su reinserción plena. No requieren la complejidad del hospital, si de supervisión. Este tipo de prestaciones no se encuentra implementado ya que los objetivos de reinserción social de los pacientes no concuerda con este tipo de residencia.

Población destinataria:

- Pacientes de 21 a 60 años
- Diagnóstico de TMS en período de estabilidad.
- Provenientes de internaciones psiquiátricas prolongadas por falta de redes de contención y recursos sociales o internaciones psiquiátricas breves.



-Sin autonomía para su inclusión en otros programas residenciales (casas de medio camino, de convivencia, subsidios de revinculación familiar)

Criterios de exclusión:

- Pacientes por fuera de la edad
- Con severo deterioro neurocognitivo y dependencia para las AVD elementales (movilidad, alimentación, vestimenta e higiene).
- Pacientes con conductas antisociales y dificultades para vinculación y adaptación.
- Pacientes con abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas.
- Pacientes cuyo grado de deterioro requiera de cuidados médicos permanentes clínicos o psiquiátricos

3. De Reinserción para adolescentes: dispositivo para adolescentes que no cuentan con familias o referentes adultos que pueden brindarles el soporte adecuado y posibilite las herramientas para su inserción social y comunitaria. Según legislación vigente, la modalidad permite dar respuesta a jóvenes que transitaron una o varias internaciones psiquiátricas sin contención sociofamiliar.

Objetivos: Es la atención de adolescentes con cuadros agudos, que se encuentren al momento de la evaluación con uso problemático de alcohol/sustancias psicoactivas, y con retrasos mentales moderados o profundos.

Programa: idem Residencias Protegidas

RRHH: idem Residencias Protegidas exceptuando los operadores sociocomunitarios (3 en vez de 1).

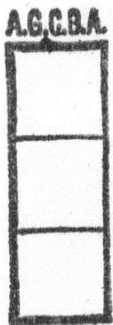
RRFF: ídem Residencias Protegidas a excepción de cantidad total de camas (15 en vez de 20)

Criterios de inclusión

- Adolescentes de ambos sexos de 14 a 18 años
- Adolescentes con padecimientos Mentales en período de estabilidad
- Provenientes de internaciones psiquiátricas por falta de redes de contención familiar
- Sin criterios para su inclusión en otros programas

Criterios de exclusión:

- Edad por fuera de lo pautado.
- Deterioro neurocognitivo severo y dependencia para movilidad, alimentación, etc.
- Pacientes con conductas antisociales y problemas de adaptación



-Pacientes con grado de terioro que necesite cuidados médicos permanentes clínicos o psiquiátricos.

Sedes: Funcionan en municipio de Avellaneda y en el barrio porteño de Pompeya. Ambos fueron creados durante la actual gestión, la residencia de Pompeya en el año 2012 y la de Avellaneda a fines del año 2013. La primera cuenta con 8 residentes, mientras que la segunda posee 5. En Pompeya, han variado los beneficiarios, pero el número se ha mantenido estable en ocho pacientes. . Si bien la denominación formal menciona población adolescente, la misma es del grupo infanto-juvenil, el cual implica un rango etéreo mayor.

3.1. Procedimiento de Auditoria Residencia Protegida Pompeya

A fin de describir los lineamientos generales de la estructura institucional y edilicia de la Residencia Protegida Pompeya y analizar el efectivo cumplimiento de sus metas y objetivos a partir de los legajos de los pacientes se realizó una visita institucional en 18 de julio de 2014.

Se relevaron los legajos de 6 (Seis) pacientes de la Residencia Protegida Pompeya del año 2012, con el objetivo de describir las características de la evolución de los pacientes, las instituciones derivantes y la situación posterior al egreso. Además se realizó un relevamiento de la estructura institucional de la residencia en función de sus recursos humanos y sus requerimientos técnicos. También se procedió hacer un relevamiento edilicio del mismo.

De los resultados obtenidos se pueden destacar los siguientes aspectos:

Datos de la Institución

Está a cargo de una, es Licenciada en Terapia Ocupacional.

La institución cuenta con proyecto institucional. Tanto el Hogar como la Directora cuentan con la póliza. El personal contratado (terapistas ocupacionales) es contratado por la Dirección de Salud Mental.

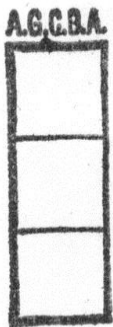
Recursos Humanos

La Residencia Protegida cuenta con la siguiente distribución de personal en el año 2012:

Profesionales:

- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Enfermera
- 2 Psiquiatras
- 1 médico que concurre una vez por mes, pero no es del staff de la residencia.

Operadores Socio Comunitarios: tres por día.

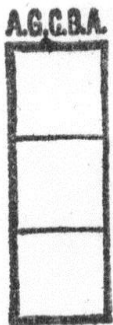


Relevamiento de legajos de pacientes

A partir del relevamiento de una muestra de seis legajos que representan el 100 % de los pacientes internados durante 2012 se obtuvieron los siguientes resultados:

- Solo uno de los seis pacientes relevados logro su externación y está revinculado, y otros dos fueron derivados tanto al Alvear (donde sigue internado) como a la residencia Avellaneda.
- Tres de los seis pacientes siguen en esta residencia. El seguimiento de los pacientes se realiza en función de sus actividades, no existe una frecuencia estandarizada, aunque de acuerdo a lo registrado en los legajos se observa un seguimiento continuo.
- Se ha logrado la revinculación familiar en la mayoría de los pacientes relevados.
- El nivel de escolarización de los pacientes se distribuye de la siguiente manera:
 - 4 pacientes con primario incompleto
 - 1 paciente con primario completo
 - 1 paciente con maestra domiciliaria
- El acompañamiento de los operadores en las actividades de la vida diaria es permanente. Por ejemplo, los pacientes no pueden concurrir a la escuela sin ellos.
- Todos los pacientes están judicializados debido a que son menores.
- Cinco pacientes provienen del sistema de salud del hospital Tobar García, y otro del hospital Pena, todos siguen sus respectivos tratamientos en el hospital Tobar García.
- Uno de los pacientes cuenta con certificado de discapacidad, los demás lo tienen en trámite.
- Uno de los pacientes relevados cuenta con cobertura médica. De los cinco restantes, dos de ellos cuentan con Cobertura Porteña y los dos restantes no poseen cobertura, (se les tramita la Cobertura Porteña).

Recursos Físicos



Se procedió al relevamiento edilicio del inmueble verificando el estado general de mantenimiento, limpieza y disposición de mobiliario en virtud de los objetivos propuestos en la información ofrecida. A partir de dicho relevamiento se han realizado las siguientes observaciones:

- Las habitaciones y camas se distribuyen de la siguiente forma: Hay seis habitaciones, con dos camas por habitación, con un total de diez camas, una de las habitaciones pertenecen a los operadores.
- Los espacios del inmueble, divididos en Salón de Usos Múltiples (SUM), Habitaciones, Office y comedor presentan adecuadas condiciones de mantenimiento y limpieza excepto por la pintura de las paredes y techos, además de mobiliario en buen estado. Se registra la falta de detectores de incendios (el cual se ha pedido por nota a la DGSAM) y grupo

electrógeno. Las condiciones generales de seguridad son adecuadas (presencia de matafuego en buena ubicación, llave térmica y salida de emergencia). Se observa falta de pintura en el primer piso.

- Los baños cuentan con equipamiento completo (ducha, bañera, inodoro, bidet, lavatorio y agua caliente)
- La cocina se encuentra en adecuadas condiciones de mantenimiento y limpieza y cuenta con el equipamiento adecuado (bacha, extractor, calefón, cocina, paredes azulejadas y utensilios en buen estado)

B) **Casas de medio camino:** efector destinado a cuidados supletorios al del hogar familiar. Instancia intermedia entre la internación y el medio social destinada a trabajar la última etapa de inserción social.

Población asistida: pacientes de 18 a 65 años con alta de internación psiquiátrica, que tienen automanejo de la medicación, autonomía en el medio social, autonomía de AVD (actividades de la vida diaria) básicas e instrumentales, buen manejo de recursos sociales, con recursos económicos que le permitan su subsistencia; sin grupo familiar o en conflicto con él, sin cobertura habitacional y que requieren un período previo de acompañamiento autonomía previa.

Criterios de inclusión:

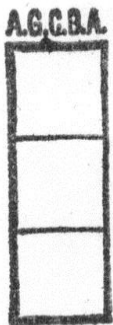
- Pacientes de 18 a 65 años
- TMS estable
- Provenientes de internaciones psiquiátricas breves
- Autonomía en el medio social
- Sin posibilidad de ser incluido en otros programas residenciales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes por fuera de la edad
- Con deterioro neurocognitivo y dependencia para las AVD
- Con conductas antisociales y de adaptación/vinculación
- Que al momento de la evaluación presenten uso problemático de drogas/sustancias psicoactivas
- Cuyo grado de deterioro requiera de cuidados médicos permanentes clínicos o psiquiátricos.

RRHH: ídem Residencia Protegida excepto operadores sociocomunitarios (2). Cada equipo tendrá a su cargo 2 casas de medio camino. Los mismos profesionales se encargarán de seguir al paciente en los dispositivos socio-sanitarios y articular las acciones tendientes a lograr y sostener su inserción social

RRFF: ídem Residencia Protegida excepto cantidad total de camas (12), 3 baños completos y no figura office para medicamentos y legajos.



La Casa de Medio Camino del Hospital José T. Borda, que está contemplado dentro del programa, no recibe derivaciones de otros efectores solo del mismo Hospital Borda..

En la actualidad la coordinación supervisa la construcción de dos nuevas residencias en las calles Pedro Goyena y Warnes, aunque todavía no se ha decidido si será destinado a la población adulta o infanto-juvenil.

C) Departamentos asistidos

Población destinataria: pacientes de 18 años en adelante, provenientes de internaciones breves, de otros PR o derivados de profesionales a cargo de su asistencia debido a dificultades para continuar la convivencia en su medio familiar, social o por falta de cobertura habitacional. Con necesidad de acompañamiento y supervisión de equipo interdisciplinario.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18
- TMS estables
- Con autonomía en el medio social

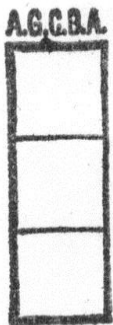
Criterios de exclusión

- Menores de 18 y mayores de 65.
- Conductas antisociales y dificultades de adaptación/vinculación social
- Abuso de drogas

RRHH: debe contar con un coordinador general para las 5 unidades, 1 terapeuta ocupacional cada 5 unidades 1 trabajador social cada 5 unidades, 1 operador sociocomunitario cada 5 unidades 1 profesional con formación en rehabilitación: psicólogos, sociólogos, antropólogos, etc. El equipo será el encargado de seguir al paciente en los diversos dispositivos socio-sanitarios y articular las acciones tendientes a lograr y sostener su inserción social.

RRFF: Cada dispositivo deberá contar con casas, departamentos o viviendas en propiedad horizontal con capacidad para alojar un mínimo de dos y un máximo de 6 personas; uno o dos baños completos; cocina completa y comedor.

Sede: Funciona en la Av. Pedro Goyena y cuenta con 3 beneficiarios desde su inauguración en 2013. Los mismos provienen de Residencia Gorriti. Existe vacante para un paciente más. Dado el nivel de autonomía, no cuenta con equipo profesional y operadores terapéuticos en forma permanente.



4.1.2. Procedimiento Departamento Asistido Av. San Juan (Observación N° 8)

Procedimiento:

1. Se relevaron los legajos de los 4 (cuatro) pacientes ingresados al departamento asistido San Juan del año 2013, con el objetivo de describir las características de la evolución de los pacientes, las instituciones derivantes y la situación posterior al egreso.
2. Se procedió también a relevar el legajo de dicho hogar y el equipo profesional a cargo.

Análisis

De los resultados obtenidos se pueden destacar los siguientes aspectos:

El recurso humano es el mismo que funciona dentro de la Residencia Protegida N°1 Gorriti.

.Asimismo las características institucionales del Departamento son las mismas que en la Residencia Protegida N°1.

Relevamiento de legajos de pacientes

Debe aclararse que el Departamento Asistido San Juan fue inaugurado en el año 2013, con lo cual se encuentra fuera del período auditado. A partir del relevamiento de la totalidad de los pacientes que ocupan el Departamento Asistido San Juan (cuatro) se obtuvieron los siguientes resultados:

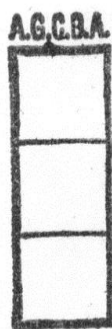
- Dos de los pacientes fueron externado del Departamento y viven en inmuebles por fuera del Programa.
- La revinculación familiar se ha logrado de forma parcial en todos los casos.
- Tres de los cuatro pacientes poseen nivel secundario incompleto, mientras que uno realizó educación primaria especial, la cual ha completado.
- Todos los pacientes poseen la cobertura médica del Programa Federal de Salud (PROFE).
- Dos de los pacientes continúan su tratamiento en el hospital Borda, desde donde fueron derivados a la Residencia Gorriti antes de ingresar en el Departamento. Otro de ellos continúa tratamiento en el Centro Mayo y el restante en el CeSAC N°1. Se debe aclarar que este último caso es el de un paciente proveniente del Hogar New Life, por el cual la Asesoría Tutelar intimó al GCBA a externar a los pacientes del mismo.
- Los cuatro han logrado reinsertarse sociolaboralmente, tanto a través del Programa Emprendimientos Sociales como en empleos particulares



A modo de conclusión del procedimiento realizado se puede afirmar que programa realiza un efectivo cumplimiento de sus metas, según lo relevado en los legajos.

El cuadro siguiente describe alguno de los efectores de la Dirección que cuentan con fundamentación del RRHH requerido para su funcionamiento:

Efector	Función	Cantidad de personal		Observaciones
		Necesidades según Fundamentación del Programa	Cantidad real	
Dto. Asistido San Juan- Cantidad de Pacientes 3	Coordinadora	1	1	Hay 3 pacientes internados. Se utiliza el mismo RRHH para la residencia Gorriti
	Terapista Ocupacional	1 cada 5 unidades	2	
	Enfermera		2	
	Trabajadora Social	1 cada 5 unidades	1	
	Operadores Sociocomunitarios	1 cada 5 unidades	9	
	Profesional con formación de rehabilitación (Psicólogo, Sociólogo, Antropólogo)	1	0	
Residencia de Rehab. Psicosocial Gorriti Cantidad de pacientes 21	Coordinadora	1	1	Compartido con Dto. Asistido S. Juan
	Terapista Ocupacional	2	2	
	Enfermera		2	
	Trabajadora Social	2	1	
	Operadores Sociocomunitarios	1 por turno	9 en 3 turnos	
	Psiquiatra tiempo parcial	1	0	
	Profesional de disciplinas pertinentes según cada programa de rehabilitación	1	0	
	Nutricionista con concurrencia dos veces por semana	1	0	
	Administrativo	1 cada 2 efectores	0	
	Equipo de Mantenimiento	1	1	Hospital Gutierrez
	Equipo de limpieza	1	1	Hospital Gutierrez
Residencia de Rehab. Para Adolescentes Pompeya Cantidad de pacientes 8	Coordinadora	1	1	
	Terapista ocupacional	2	1	
	Enfermera	2	2	
	Psiquiatra	1	2	
	Médico	0	1	No pertenece a staff
	Operadores sociocomunitarios	3	3	
	Profesional de disciplinas pertinentes según cada programa de rehabilitación	1	0	
	Nutricionista	1	0	
	Administrativo	1	0	
	Equipo Mantenimiento	1	1	Hospital Penna
	Equipo Limpieza	1	1	Hospital Penna



4.2. Programa Emprendimientos Sociales (Observación N° 9)

Por Resolución 893/07, la coordinación del Programa Emprendimientos Sociales está a cargo de dos terapeutas ocupacionales, proveniente del Hospital T. Borda, y del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García. Dentro de una coordinación conjunta, una se encarga de la población adulta y la otra de la población adolescente que accede al programa.

La función de la coordinación es la de gestionar las propuestas del Programa, articular administrativamente con la Dirección de Salud Mental y sus instancias superiores en lo respectivo al cumplimiento de la Ley N° 893; realizan informes diarios de la evolución y tratamiento de los beneficiarios del programa a los hospitales que los derivan y capacitar al personal en materia de salud mental comunitaria, economía social y adolescencia bajo el modelo de empresa social (basado en integración comunitaria). Realizan visitas de periodicidad variable a los distintos emprendimientos y organizan charlas para revisar las experiencias de los pacientes y se encargan de generar los contactos con las referencias familiares y/o tutores de los pacientes, cooperativas y organizaciones sociales con las que se articula la dinámica del programa.

Debido a la carencia de estructura orgánica formal, los emprendimientos no figuran como efectores y el personal no depende de la Dirección de Salud Mental. En el caso de los operadores socio comunitarios, se los contrata bajo la modalidad de locación de servicios, el personal Ad Honorem (capacitadores y cocineros) llegan por la ONG En Camino con Otros, a quien se les paga un seguro y el personal de mantenimiento y limpieza pertenece a la empresa tercerizada que cumple servicios en el hospital público más cercano a los espacios designados para el Programa. El personal profesional pertenece al sistema público de salud y los alumnos universitarios ingresan bajo convenio con la Universidad de Buenos Aires

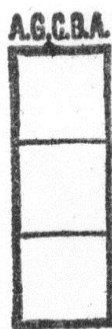
A excepción de las mencionadas ONG, cooperativas / organizaciones sociales e ISoLE, no se han logrado convenios marco con actores comunitarios de las áreas institucionales del GCBA y/o otras ONG. Tampoco se ha logrado implementar el Consejo de Emprendimientos Sociales

Residentes y concurrentes

Del sistema de Residencias y Concurrencia: Concurrencia y residencia de terapia ocupacional, de rotación, de rehabilitación psicocial y de salud mental comunitaria, de la residencia de médicos y psicólogos

En el 2012 hubo 3 Psicólogos residentes, 1 Médico y 2 Terapeutas ocupacionales. Además dos profesionales concurrentes.

Ad Honorem



Café Basaglia (ISoLE). Han participado cocineros y un diseñador gráfico en los programas de capacitación. Capacitación de oficio.

Objetivos generales:

Favorecer la integración sociolaboral del ámbito comunitario de los usuarios (adolescentes y adultos) de la red de salud mental, en interacción con personas de la comunidad, que se encuentren en situación de vulnerabilidad psico-social y carezcan de un empleo.

Generar una red de emprendimientos sociales de salud mental como experiencia piloto, los cuales trabajaran en forma conjunta con los CESAC y acción social y los servicios de salud mental de los hospitales generales para la asistencia y el seguimiento ambulatorio de los usuarios.

Durante el 2012 se llevaron a cabo 12 emprendimientos sociales con 193 pacientes bajo programa

RRHH: Su Coordinadora es Licenciada en Terapia Ocupacional, Jefa de sección orientación y entrenamiento laboral. Pertenece al Tobar García. Carga horaria: 40 hs. Semanales

Planta: 27 profesionales. Los cargos dependen del hospital de origen.

-23 terapistas ocupacionales

-1 psiquiatra

-2 psicólogas

-1 psicólogo social

Contratados: 3 operadores sociocomunitarios asignados a los emprendimientos sociales "Viva Estampa", "Artesanal BA", "De hierbas y especias. Cocina Saludable"

Alumnos:

Alumnos de terapia ocupacional realizan su práctica clínica a través de los convenios de las universidades con los hospitales en los diferentes emprendimientos

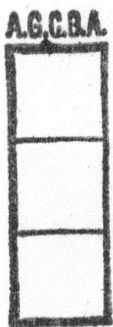
Personal de otras áreas:

Terapeuta ocupacional: Pase en comisión desde el Ministerio de Desarrollo Social asignada al emprendimiento La Huella (Borda). Una técnica en corte y confección en emprendimiento Entretelas del Hospital Moyano.

4.2.2. Condiciones de ingreso y egreso

Ingreso:

Derivaciones de la Red de Servicios que conforman el sistema público de salud mental de la ciudad y derivaciones desde los programas Reconstruyendo Lazos y PREASIS (Ministerio Desarrollo Social.)



Perfil: Usuarios del sistema público de Salud Mental, con TMS en situación de alta de internación hospitalaria, con los correspondientes controles psicofarmacológicos de atención psicoterapéutica en los Centros de Salud cercanos a su domicilio (60%). Personas NBI de la comunidad y desempleados (40%). El grupo etáreo: adolescentes de 15 a 21 años y adultos hasta 60 años.

Tiempo máximo de permanencia: 2 años. Luego se realiza seguimiento durante 1 o 2 años en un dispositivo tutelado de salida hasta que se constituya un micro emprendimiento, cooperativa, etc. También se realiza seguimiento si el paciente ingresa al empleo en relación de dependencia o si continua inserto en el sistema educativo

Vías de salida

Emprendimientos tutelados asistidos por el programa (uno a dos años de duración), RElac. Dependencia laboral (trabajo formal), Auto-empleo, Reinserción escolar formal, Ingreso a otras formas asociativas laborales (como mutuales, cooperativas, etc.).

Cupo por emprendimiento: 10 emprendedores por turno con un tiempo de permanencia de 2 años, lo que condiciona el ingreso permanente de nuevos beneficiarios, con lo cual no siempre se ha podido responder a la demanda.

4.2.3. Estadísticas

Total de Beneficiarios del Programa Emprendimientos Sociales Año 2012.

EMPRENDIMIENTOS	BENEFICIARIOS SALUD	BENEFICIARIOS COMUNITARIOS *
YBYTU. Vientos de Cambio	15	0
CICLOPAPEL	11	0
ARTESANAL BA	8	0
LA HUELLA	8	0
DELICIAS	14	0
TELAR ARTESANAL	11	0
ARTESANÍAS URBANAS	6	0
VIVA ESTAMPA	7	0
ENTRE-TELAS	10	0
DE HIERBAS Y ESPECIAS. Cocina Restobar	17	9
ECCOVISUAL. Comunicación y Diseño.	6	2
PECOHUE -Agronomía/Zoológico	37	22
CAFÉ BASAGLIA (Emprendimiento Tutelado)	7	0
DIGNO DE SER (Emprendimiento Tutelado)	3	0
TOTAL	160	33



* Beneficiarios Comunitarios: provienen de Organizaciones No Gubernamentales y Hogares.

Total de Prestaciones del Programa Emprendimientos Sociales Año 2012

HOSPITALES	Total de Prestaciones 2012
Dr. Braulio Moyano	18.432
Dr. José T. Borda	16.128
Dra. Carolina Tobar García	35.712
Total prestaciones Programa	70.272

En razón de la dependencia administrativa, las estadísticas se vuelcan a los servicios de los cuales depende cada emprendimiento, con la modalidad correspondiente cada servicio. Las prestaciones anuales de Programa se han calculado considerando 2 prestaciones diarias de 90 min. por beneficiario, promedio 16 días al mes, para cada hospital.

4.2.4. Procedimiento de Auditoria

Se seleccionó una muestra 13 casos de una total de 34 emprendimientos de los dos programas del área de adolescentes. La muestra quedo conformada según la significación numérica de los pacientes concurrentes.

La Sede de la calle Aranguren 3837 es una de las tres sedes donde se desarrolla el Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes (las otras dos son la sede del Jardín Zoológico de la CABA en Av. Gral. Las Heras 4500 y la sede de la Cátedra de Horticultura de la Facultad de Ciencias Agrarias, UBA. Av. San Martín 4453). Allí funcionan los emprendimientos de Hierbas y Especies (cocina saludable y restobar) y Eccovisual. A continuación, una breve descripción del relevamiento realizado:

De Hierbas y Especies: Cocina saludable / Restobar.

Recurso Humano: dos terapistas ocupacionales en cada uno (Cocina y Restobar).

Descripción: Ambos emprendimientos se crean en el marco del Proyecto ISOLE y se articulan entre sí en materia de capacitación en tareas de panificación, cocina, repostería, servicios de mesa, manejo de salón, etc.

Eccovisual. Comunicación y diseño.

Recurso Humano: Dos terapistas ocupacionales.

Descripción: Se ofrecen servicios de comunicación, imagen y promoción de productos / eventos y servicios para su difusión y estampado de remeras.

Procedimiento: Se relevaron los legajos de 7 (siete) pacientes del emprendimiento Hierbas y Especies, 5 (cinco) de Eccovisual y 1 (uno) que se desempeña en ambos emprendimientos, con el objetivo de describir las características de la población atendida, las instituciones derivantes y la situación posterior al egreso.



Resultados

De los resultados obtenidos se pueden destacar los siguientes aspectos:

Datos generales y socioeconómicos

- El rango etáreo de los pacientes relevados en los legajos abarca desde los 16 a los 21 años. Dos de ellos poseen obra social (ambos son derivados de hospitales monovalentes); tres de ellos poseen primario incompleto, tres poseen primario completo, y los siete restantes llegaron a cursar el nivel secundario sin completarlo. Dos de los pacientes no poseen familiares responsables.
- Todos los pacientes son derivados por motivos de salud. Ninguno de ellos son derivados por orden judicial.
- Derivaciones: cuatro pacientes provienen de hospitales monovalentes (uno del Hospital Alvear y tres Hospital Dra. Carolina Tobar García) uno proviene del hospital general de agudos José María Penna, dos provienen del programa Lazos y seis provienen de dos hogares privados: Cepreap (1) y New Life (5).
- Todos los pacientes derivados del Hogar New Life están bajo situación judicial, sin embargo la derivación a los emprendimientos no se vincula con dicha situación.
- Ninguno de los pacientes relevados supera el período de permanencia estipulado (2 años) para el año 2012. El paciente con mayor tiempo de permanencia registra como fecha de ingreso el 20 de julio del año 2010.
- Se registran dos pacientes con certificado de discapacidad y uno de ellos gestionando el mismo para el período auditado.

Conclusiones

Se considera que el Programa ha logrado sus objetivos en cuanto a la inserción sociolaboral de pacientes. En dicha inserción se contempla la escolarización y el retorno al contexto familiar. De los casos seleccionados se han constatado los siguientes resultados (los resultados no son excluyentes):

- Cinco pacientes han logrado reinsertarse laboralmente. Además todos estudian o han estudiado. Uno de ellos terminó el secundario. Actualmente, uno de los pacientes ha dejado de trabajar.
- Tres pacientes se han re-escolarizado. Uno ha retornado a vivir con su familia y otro ha formado familia propia.
- Siete pacientes han sido derivados a hogares privados o pertenecientes al Programa Residencias (Gorriti). Dos de ellos se consideran casos graves y no han logrado una inserción sociolaboral efectiva.



- Un paciente abandonó el tratamiento. De uno de los pacientes derivados del Programa Lazos se desconoce su paradero.

4.3. Programa de Prevención y Asistencia en Salud Mental CUIDAR AL QUE CUIDA (Observación N° 2)

La primera etapa fue esencialmente de difusión, principalmente con el Hospital Pinero.

La Sede funcional es el Centro de Salud Mental N°3 y está dirigido al personal de salud (administrativos, enfermeros)

El equipo está constituido por:

La coordinadora que cumple 16 horas semanales

Dos Licenciadas con una carga 12 de horas semanales cada una

Esta dotación debería adecuarse a la demanda cuando el programa avance en su cobertura a todo el ámbito de la CABA

Dado el significativo aumento de los niveles de consultas vinculadas a trastornos mentales por parte de los trabajadores del Ministerio de Salud, se requiere la implementación de actividades pautadas que optimicen la prevención y atención de dichos trabajadores;

En tal sentido el grupo poblacional que presenta dichas patologías necesita un abordaje interdisciplinario e interinstitucional.

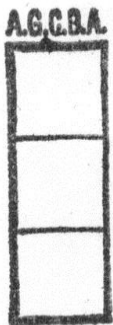
El trabajo en el sector salud presenta riesgos específicos que por su impacto en los trabajadores los convierte en un grupo especialmente vulnerable.

Se propone como objetivos: *Promover y proteger la salud de los trabajadores del sector salud dependiente del Gobierno de la Ciudad.

*Encuadrar al Gobierno de la Ciudad como empleador en los términos de la legislación vigente sobre riesgos de trabajo.

*Brindar asistencia integral en Salud Mental a los trabajadores de salud vinculados con el medio ambiente de trabajo.

*Identificar con el Departamento de Salud y Seguridad en el trabajo hospitalario del Hospital Parmenio Piñero y otros que a futuro se creen, ámbitos laborales de riesgo.



Entre el 10 de mayo de 2012, fecha de iniciación del programa hasta el 10 de mayo de 2013 se comenzó a trabajar en las distintas regiones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires:

Hospital Piñero, Hospital Durand, Hospital Moyano, Hospital Rivadavia

Se realizaron las siguientes actividades:

-Reuniones y supervisiones con el equipo del Hospital Piñero para la elaboración de estrategias para el abordaje de dicha problemática.

-Reuniones con los restantes hospitales para identificar y mapear riesgos psicosociales en dichas instituciones.

-Derivación de trabajadores para realizar tratamientos psicoterapéuticos y/o psicofarmacológicos.

-Realización de grupos de reflexión entre los trabajadores de salud., a partir de estas reuniones surgen demandas de atención.

*Articulación con el Ministerio de Educación: (grupos de reflexión con personal docente de la escuela N°17-DISTRITO 7

Divulgación de los distintos dispositivos terapéuticos para apoyo de los trabajadores docentes.

Sistema de evaluación

Se basa en entrevistas libres para cada trabajador de salud.

En las entrevistas grupales se evalúa en conjunto la necesidad de formar grupos de reflexión para tratar las distintas problemáticas del sector, dichos grupos si bien no tienen una finalidad terapéutica sirven como espacio para que circule la comunicación entre los pares y se puedan encontrar soluciones a los conflictos.

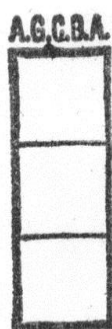
Se ofrece asistencia terapéutica en caso de necesidad

PROGRAMA

Cuidar al que cuida

(Periodo 10 Mayo 2012 – 10 Mayo 2013)

Hospitales	Reuniones informativas	Supervisiones	Grupos de Reflexión	Asistencia a trabajadores
Durand	8	9	4	61
Piñeyro	4	6	3	15
Rivadavia	9	8	12	37
Moyano	18	27	41	124
Escuela N° 17 D.E. 7	9	2	6	67
	48	52	66	304



4.4. Programa líneas telefónicas de ayuda

El programa se implementa a través de las líneas telefónicas: Salud Mental Responde (SMR) y Servicio de Ayuda Telefónica en drogas y alcohol (SADA).

Las líneas telefónicas funcionan en el primer piso de Av. Córdoba 3120 (Centro de Salud mental n°3). En el horario 8 a 20 horas de lunes a viernes El Servicio está planteado como ayuda y orientación no para emergencias.

Sus Objetivos Generales son:

- *Facilitar la información y orientar acerca de los dispositivos existentes en relación al ámbito de la Salud Mental propiamente dicha y de la Red

Metropolitana de adicciones a las personas que lo soliciten a través de un Servicio de Atención Terapéutica.

- *Instalar en el sistema para la comunidad, una fuente de información orientativa de recursos, de mayor y/o menor complejidad institucional, fijando una vía de acceso eficaz y eficiente prestando una escucha capacitada y considerada acorde a las demandas de atención.
- *Posibilitar un primer acercamiento a los dos programas en forma fácil y directa, ahorrándole al consultante tiempo y esfuerzo, intentando reducir la inequidad y ampliar la accesibilidad a los servicios preventivos y asistenciales.

Sus Objetivos específicos son:

- Incorporar los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades de los distintos efectores de la Red de acuerdo a la ley 448 de Salud Mental de la CABA en sus artículos 13 y 14.
- Constituir una fuente de información y consulta privilegiada para los trabajadores del Sistema de Salud de la CABA como así también para los medios de comunicación, periódicos científicos, investigadores sociales y estudiantes en general.
- Consolidar los datos que resulten de las evaluaciones epidemiológicas como uno de los instrumentos idóneos que posibiliten el desarrollo de acciones en materia de políticas de Salud relacionadas a la problemática de adicciones.

A partir del 3 de marzo del 2008 se designó como Coordinador de SADA a un Psicólogo de Planta con carga horaria de 30 semanales con un horario de 11 a 17 hs. Funciona en Consultorio 52 del Centro de Salud Mental Ameghino

Recursos Humanos

CARGO	CANTIDAD	HORAS
1 Coordinador	1	7
2 psicólogos	2	14
1 psicóloga social	1	7
TOTAL	4	

El coordinador expreso que históricamente el número de profesionales del Programa ascendía a 6.

Recursos Físicos:

2 líneas telefónicas para "Salud mental responde y servicios de ayuda en drogas y alcohol".

4.4.1. Características del Servicio de Atención telefónica (SMR) Modalidad operativa (Observación N° 10)

Se trata de un dispositivo de orientación y facilitación de la información de la Red de Salud Mental como una instancia preliminar.

Así mismo tiende a facilitar el sistema de comunicación.

Las comunicaciones se registrarán dentro de un marco y criterio de discrecionalidad y privacidad de la información en el cual los operadores desempeñan una actividad mediadora facilitando los recursos de acuerdo a cada situación particular y/o consultante lo requiera. Los consultantes podrán elegir que su llamada posea un carácter anónimo, confidencial o bien brindar sus datos personales.

A partir de estas consideraciones y para una mayor eficacia los operadores realizan de cada llamada un relevamiento de los datos registrando la información que permita elaborar un perfil de sus consultas como de sus necesidades.

Esta actividad establece una doble canalización de la información, dirigida a la comunidad y a la organización simultáneamente:

1. A LA COMUNIDAD: brindando información, orientación y asesoramiento sobre la oferta de los diversos efectores de la Red, ya sea Salud Mental como de la Red de Servicios de Adicciones. Una escucha especializada para aquellas personas en situaciones de angustia, depresión, etc que requieren contención, comunicarse y hablar con alguien.

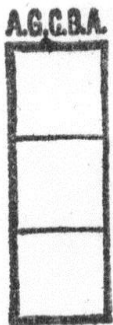
Se atiende hasta las 20 horas porque el Servicio está planteado como ayuda y orientación no para emergencias.

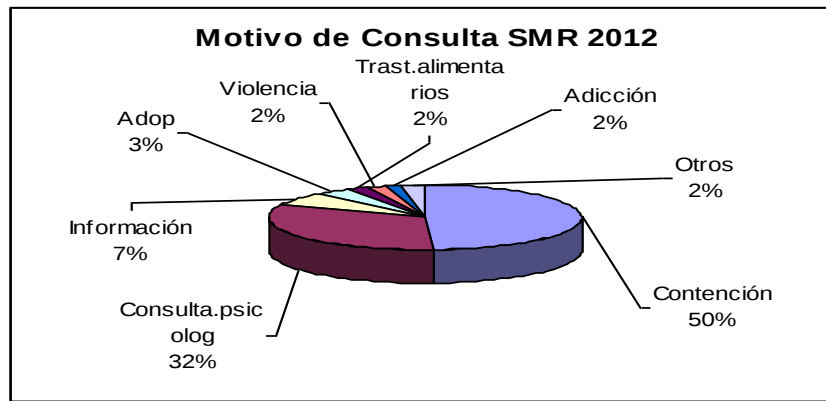
Interviene articuladamente en el dispositivo de Atención Domiciliaria Psiquiátrica Psicológica Programada en Situación de Crisis (ADOP ADOPI), recepcionando el pedido por parte del profesional médico solicitante de la prestación, registrando los datos establecidos para ello y retransmitiendo al coordinador de esta actividad la demanda formulada.

2. AL SISTEMA DE SALUD Recabando y procesando datos de la situación de los usuarios con el fin de continuar los estudios epidemiológicos. Se aporta a la Dirección de Salud Mental el procesamiento de datos que obtiene de las llamadas, información de los consultantes y las problemáticas que enuncian

Estadísticas Salud Mental Responde:

En el año 2012 se atendieron telefónicamente 3.823 llamadas de los cuales el 79 % fueron mujeres y el 21 % varones





Fuente Estadísticas propias de SMR 2012

El promedio diario es de 16 llamadas con motivos diferentes (a modo de ejemplo, consultas de psicología general, trastornos alimentarios, etc) y la duración de la llamada es en un 34 % de 11 a 15 minutos y en el 25 % de 6 a 10 minutos.

4.4.2. Servicio de ayuda telefónica en drogas y alcohol (SADA)

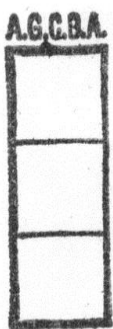
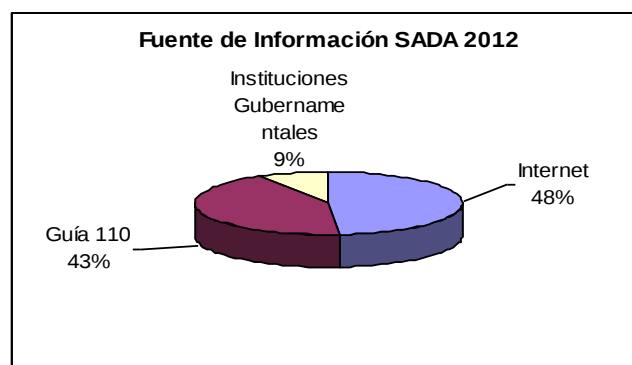
Posee características similares a la Red de Salud Mental Responde. Se trata de un dispositivo de atención telefónica de contención, orientación e información específica relacionado con el consumo de drogas y alcohol.

Dirigido a consumidores, familiares, amigos y toda persona que requiera información sobre recursos asistenciales especializados, modos de intervención, tratamiento y orientación para actuar frente a situaciones de consumo incipiente o habitual que conduzca a la pronta atención de dicha situación.

Con el propósito de realizar un relevamiento epidemiológico de esta problemática se registran los datos y elaboran de esta manera una información específica de la situación manifestada por los consultantes.

Estadísticas Programa SADA

En el año 2012 se atendieron 2867 llamadas, el 69%. Mujeres y 31% Hombres.



La duración de las llamadas en Sada es en el 46% de los casos de 1 a 5 minutos y en el 38% de 6 a 10 minutos y en 1% de 16 a 20 minutos con un total de un promedio diario de 12 llamadas.

Los motivos son por temas de adicciones (Alcohol, Marihuana, cocaína, pasta base, sustancias combinadas, inhalantes) en la franja etaria mayoritaria de 15 a 25 años (44%).

Esto se reitera en el año 2012 como en el 2013.

Actividades de los profesionales

Se realizó un relevamiento de la oficina, cuenta con dos computadoras donde vuelcan los datos de las personas que llaman.

Los profesionales consignan los datos en un programa computarizado:

Cantidad de llamadas

Promedio diario

Fuente de información: Internet, instituciones gubernamentales. Profesional.

Datos filiatorios del demandante o del familiar que llama

Medicaciones está tomando medicación o no.

Motivo de la llamada, explorando si está en tratamiento o no.

Datos laborales: ocupación: trabajo, subocupado, sin trabajo.

Procedencia del llamado: Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires

Servicio ofrecido: Servicios del GCBA, Otras derivaciones.

Duración de la llamada

Programa SADA

Otros datos que se consignan específicamente en este Programa son:

La consumición y tipo de sustancias que consume

Sustancias combinadas

Única sustancia

La frecuencia y tiempo de consumo.

Relación con las leyes (robos, detenciones).

Antecedentes familiares

Tratamientos anteriores

Tratamiento actual

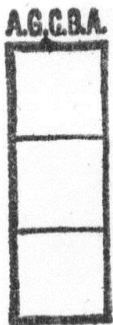
Reiteración de llamados pacientes esquizofrénicos que quieren dejar la medicación.

Se dispone del tiempo necesario hasta que la persona que demanda se tranquiliza y comprende la orientación que se le está dando.

No hay seguimiento de las llamadas.

Procedimiento de auditoria

Se concurrió en varias oportunidades al centro de atención, obteniendo los siguientes resultados:



El día 14 de abril de 2014 se procedió a verificar el funcionamiento del programa SADA (SERVICIO DE AYUDA TELEFONICA EN DROGAS Y ALCOHOL) 48615586 Y SMR (SALUD MENTAL RESPONDE) 48638888.

En el momento del procedimiento 14 horas se encontraba solamente 1 profesional (psicóloga) que cumple el horario de 10 a 17 hrs.

13 de junio de 2014

Se realizó un segundo procedimiento a ambos Programas. A las 15 y 30 horas, verificando la presencia de un solo profesional el cual manifestó que su colega se encontraba ausente por enfermedad de un familiar.

16 de junio de 2014

Se realiza un tercer procedimiento a ambos Programas a las 8 y 45 .no se encuentra ningún profesional.

30 de junio de 2014

Siendo las 13 hrs. Se encontraba un solo profesional,
Se le solicito la base de datos con la cual trabajan para orientar las consultas por llamadas telefónicas,

Se procedió a revisar la RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL 2010-2011 constatando que solo figuran los Hospitales y CESAC de Capital Federal.
Es observable dado que en las estadísticas entregadas por ambos Programas se hacen derivaciones al Gran Buenos Aires y a provincias, no constan direcciones de Provincia de Buenos Aires ni del resto del país.

4.5 Atención Psicológica programada domiciliaria ADOPP (Observación N° 11)

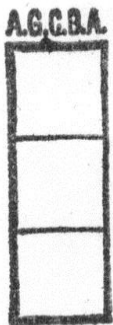
Es una modalidad de atención que funciona desde hace más de 10 años y en el año 2006 se consolido como un programa.

Atiende a Pacientes en crisis psicológica y o psiquiátrica en crisis que no pueden movilizarse hasta el hospital sea por causas médicas o psicológicas (por ejemplo agarofobia).

Existen 12 equipos de atención que coinciden con las áreas programáticas de los hospitales generales. Los equipos son multidisciplinarios constituidos por un psicólogo 1 psiquiatra y un trabajador social. El Hospital Vélez Sarfield y Piñero funciona como 1 solo equipo de 6 personas. Hay 4 equipos para atención domiciliaria infantil ADOPI.

El objetivo es atender pacientes en crisis para evitar su internación, evento que algunas veces no se logra y el paciente debe ser internado.

Estos profesionales están nombrado en algún hospital de la CABA con nombramiento de 30 horas y para el programa de atención domiciliaria tienen



asignadas horas con modalidad de prolongación horaria (10 horas) o suplencia de guardia (13 horas). Además 5 médicos tienen nombramiento en la Dirección de Salud.

El pedido de atención domiciliaria lo realiza cualquier médico del hospital o del sistema sanitario y el equipo que corresponde al área programática del paciente evalúa dentro de las 72 horas al paciente y si cumple con los criterios de atención domiciliaria comienza la atención por 60 días, o hasta superar el paciente la crisis, después de lo cual el paciente es dado de alta o se lo deriva al efector de Salud Mental más cercano. La atención del equipo de ADOP termina cuando el paciente fue admitido en un servicio de Salud Mental y lo acompaña durante las primeras entrevistas para verificar que no se produzcan retrocesos en la atención durante el período de cambio. Según el caso, se puede prolongar atención domiciliaria.

Los profesionales se trasladan por sus medios a cada domicilio.

Cada paciente es visitado 3 veces por semana y se da asistencia al mismo y a su familia o al referente social del paciente.

Los profesionales guardan en anotaciones privadas la evolución del paciente. Los días miércoles vuelcan esa información en Historias Clínicas archivadas en el Centro de Salud Mental Ameghino. Ese mismo día se reúnen todos los integrantes del programa con los coordinadores en la Dirección de Salud Mental

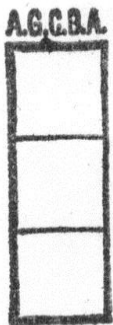
En la Dirección de Salud Mental no hay un lugar específico destinado a este equipo de trabajo. El lugar de reunión es un salón sin equipamiento informático ni elementos de trabajo.

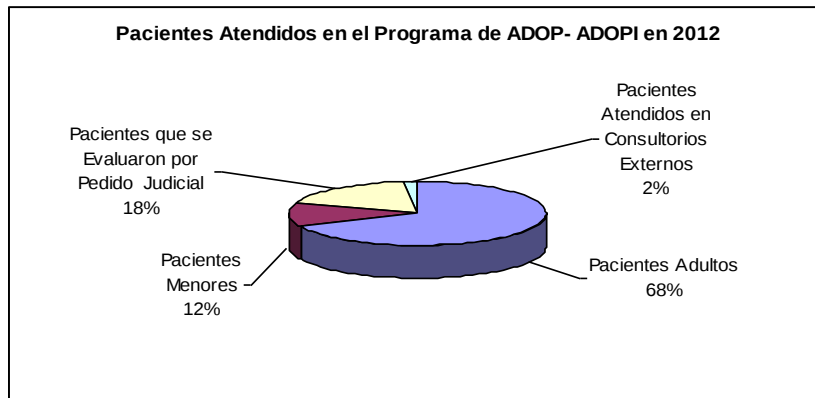
En la computadora privada del coordinador del programa se guardan las estadísticas de pacientes atendidos clasificados por área programática en donde se registra N° de Historia Clínica, nombre, edad y diagnóstico.

Requisitos de admisión de los pacientes:

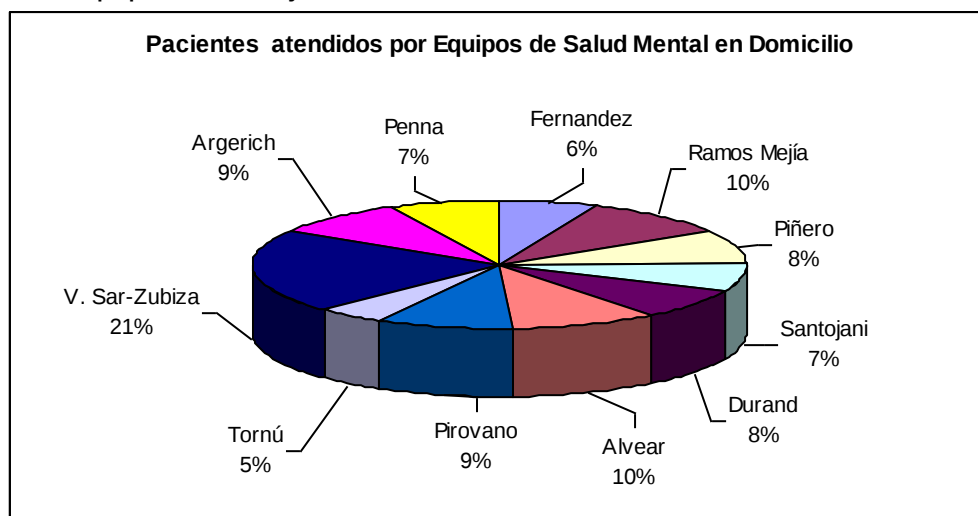
- Pacientes con patología psiquiátrico psicológica en crisis.
- Derivados por un efector del Sistema Público.
- Derivados por el Poder Judicial
- Dificultades ambulatorias transitorias
- Residencia en La Ciudad de Buenos Aires.
- Entre 5 y 80 años de edad.
- Grupo familiar conviviente, responsable y continente.

En el año 2012 en el programa se atendieron 230 pacientes:

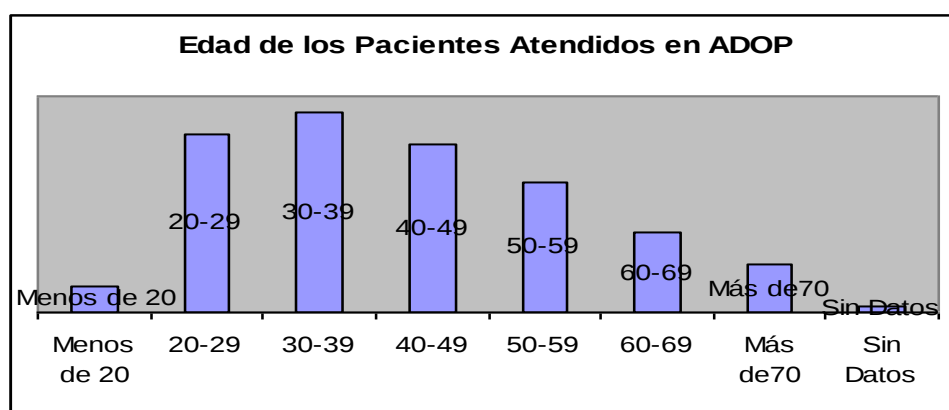




ADOP: En el servicio domiciliario para adultos se atendieron 82 pacientes masculinos y 73 femeninos de 10 áreas programáticas de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA, funcionando 2 áreas que funcionan como un solo equipo de trabajo.

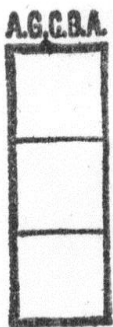


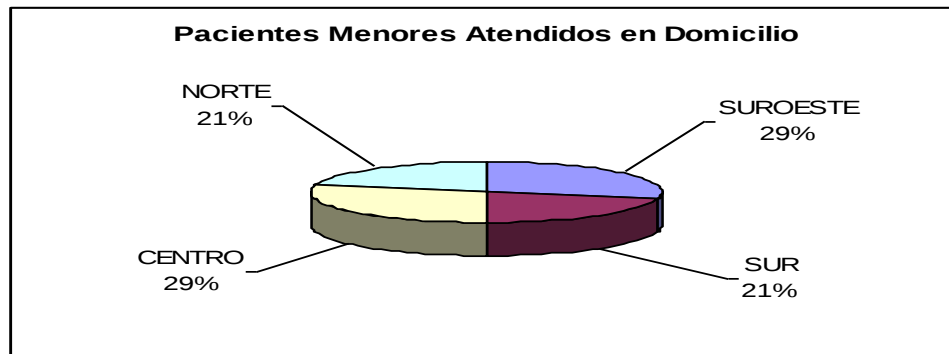
Datos Entregados por el Servicio. Año 2012



Datos Entregados por el Servicio. Año 2012

ADOPI: En domicilio se atendieron 287 pacientes menores distribuidos según Región Sanitaria de la CABA.





Datos Entregados por el Servicio. Año 2012

Procedimiento de auditoria

Se solicitaron 100 Historias Clínicas de pacientes atendidos en el año 2012. Entre los egresos se observó pacientes que se entrevistaron por pedido de autoridad Judicial, pacientes que después de ser entrevistados se determinó que no cumplían los requisitos para ingresar al programa y 77 pacientes que ingresaron al programa.



Datos Entregados por el Servicio. Año 2012

En las Historias se relevó si el paciente fue atendido por un equipo multidisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social y Psiquiatra, la cantidad de semanas que duró la atención y frecuencia de veces. De las 100 Historias Clínicas vistas se observó que el 98% de los pacientes fueron atendidos en por lo menos 1 ocasión por un trabajador social, un 97 % fue visto por un psicólogo y un 98 % por un psiquiatra.

Contando solamente los 77 pacientes que ingresaron al programa, los resultados fueron:

	Constatadas	Esperadas – 60 días
Cantidad de Semanas de Atención	728	539
Promedio de Semanas por Paciente	9.45	8.57

Datos de Historias Clínicas de 2012

Se dividió 60 días (que es el tiempo promedio de atención) por 7 para obtener la cantidad de semanas: 8.57. El total de 2012 fue de 728 semanas y se dividió por 77 pacientes y dio como resultado el promedio de atención a cada uno: 9.45 semanas.

	Constatadas	Esperadas – 3 veces por semana
Cantidad Total de Consultas	1389	1617
Promedio de Consultas por Paciente	18.03	25.71

Datos de Historias Clínicas de 2012

El promedio de consultas por paciente es inferior a 2 por semana y el promedio de atención es de 65 días.

Debe tenerse en cuenta que el rango de semanas de atención encontrado fue entre 1 y 25 entendiendo por 1 semana aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento inmediatamente luego de ser admitidos.

A modo de conclusión, se comprobó que los desvíos entre los porcentajes hallados y los promedios esperados de atención no fueron significativos

4.6. Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Observación N° 12)

Comenzó a implementarse en 2004 estando prevista la incorporación progresiva de los efectores. La ficha de relevamiento epidemiológico se reformulo en 2005.

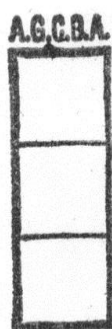
Antecedentes:

El artículo 5 de la Ley 448/00 establece las funciones de la autoridad de aplicación de la ley determinando que una de ellas es “el desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica como elemento de gestión del sistema”.

El artículo 12 de la misma ley establece la centralización de la información registrada de los servicios de Salud Mental.

Para cumplimentar lo estipulado en la Ley la Resolución 1044/SS/ 2004 (BO1979 del 12/7/2004) crea el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental con el propósito de

- Adecuar la oferta de los servicios de Salud Mental al perfil y las necesidades de la población demandante.
- Obtener información actualizada para la toma de decisiones en política sanitaria a partir de las problemáticas prioritarias detectadas en el área.
- Crear un espacio de formación académica que permita orientar a profesionales e investigadores sobre la identificación de nuevos problemas de Salud Mental y aportar datos para profundizar en futuras investigaciones.



Su Objetivo General es:

Conocer la prevalencia de los trastornos mentales y el comportamiento de la población atendida en forma ambulatoria en centros y servicios de Salud Mental hospitalarios, con el objeto de brindar información para la toma de decisiones y el diseño de líneas de estrategias para la promoción, prevención y atención de la Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.

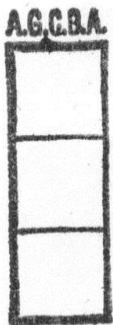
Sus Objetivos Específicos son:

1. Instalar una ficha epidemiológica de fácil llenado y recolección con el que se pueda establecer una que permita determinar la prevalencia de los trastornos mentales y el comportamiento de la población atendida de todos los grupos etáreos, perfil sociodemográfico y epidemiológico estudiando asociaciones entre problemáticas de Salud Mental y perfil demográfico socioeconómico y cultural de la población que consulta de la población que consulta en forma ambulatoria
2. Realizar el seguimiento y/o vigilancia de los trastornos mentales y del comportamiento a través del tiempo estableciendo comparaciones entre los distintos grupos etáreos.
3. Entregar los datos obtenidos a los profesionales, funcionarios y responsables de la gestión de las áreas vinculadas a la Salud Mental y también a investigadores e instituciones de formación de grado y posgrado

El Coordinador del Programa De Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental asumió hace un año. El programa depende de la Dirección General de Salud Mental y es independiente del de Epidemiología General que depende del Ministerio de Salud.

Función del Área:

1. En cumplimiento de la Resolución 1044/SS/2004, proveer a la Directora General información surgida a partir de los datos correspondientes a las entrevistas de primera vez realizadas a los pacientes que demandan atención en los servicios de Salud Mental de los efectores, con el propósito de contribuir a la toma de decisiones y al diseño de líneas estratégicas para la promoción, prevención y atención de la Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires.
2. Recabar información sobre posibles problemáticas de Salud Mental en la población general, para detectar grupos de riesgo que no demandan atención y explorar eventuales obstáculos en la accesibilidad al sistema. Este trabajo se encuentra en fase de desarrollo en conjunto con la Dirección General de Estadística y Censo que depende del Ministerio de Hacienda y ya se realizó una prueba piloto con 318 encuestas realizadas para ajustar aspectos metodológicos.



De la recolección de datos de pacientes ambulatorios se trabaja con 2 fichas: una para adultos y otra para infantojuveniles que se reparten en todos los hospitales (no todos los hospitales cumplen con el envío de la información). En cada hospital hay un referente y hay un miembro del equipo del programa que se encarga del vínculo con los hospitales y de recoger las fichas. No hay una periodicidad determinada con la visita a los diferentes hospitales.

Los datos de filiación y demográficos, nivel de educación, ocupación, vivienda, cobertura sanitaria, antecedentes terapéuticos, origen de la consulta, diagnóstico e indicaciones terapéuticas

Los datos de la ficha se cargan en una aplicación de base de datos que se desarrolló en Access en el año 2013 (durante la gestión del actual coordinador del programa) que requirió el trabajo de normalización de datos de los 36.000 registros previos. Esta aplicación constituye una base totalmente codificada que permite el ingreso, almacenamiento, respaldo y recuperación de información de manera sistemática y minimizando la generación de errores.

En la base se registraron 45.403 pacientes desde el 2005. En 2012 se registraron 3066 adultos y 1413 infantojuveniles.

La información básica obtenida se publica en la página Web de Salud Mental.

La aplicación desarrollada permite cruzar todas las variables obtenidas. Estos datos no se publican y se trabajan junto con la Directora General de Salud Mental

Recursos Humanos:

Actualmente trabajan 2 médicos: uno es el coordinador y el otro se encarga de recolectar las fichas que se completan en los Servicios de Salud mental de los Hospitales. Un administrativo se ocupa de ingresar las fichas de los pacientes en el programa informático.

Recursos Físicos: Los datos del programa se recolectan en los efectores y se vuelcan en una oficina del Centro de Salud Mental Ameghino.

4.6.1 Metodología:

Definir como Objeto de Estudio: Las personas que solicitan atención ambulatoria en los Consultorios Externos de los Salud Mental en los Hospitales de la Ciudad

Determinar las variables acerca de las cuales se recolectará la información: Sexo, edad, residencia, cobertura, educación, ocupación, vivienda, tipo de consulta, vía de derivación, tratamientos anteriores, indicación terapéutica y diagnóstico.

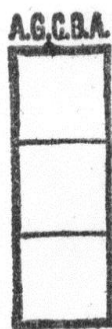
Diseñar y probar la ficha epidemiológica y el instructivo correspondiente. Distribuir y recolectar las fichas por parte del coordinador operativo de cada efector y entregarlas a la coordinación general del programa con una periodicidad determinada.

Según la Resolución N° 1044/SS/04 se debe utilizar la clasificación de enfermedades del CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

4.6.2. Procedimiento de auditoria

A fin de verificar el cumplimiento de la normativa existente y el encuadre metodológico del programa se seleccionaron los siguientes puntos de análisis:

1. Existencia de fichas que consigne los datos requeridos en la Resolución.
2. Corroborar la cantidad de efectores que se adhirieron al programa



3. Corroborar la manera en que los datos llegan a la Dirección de Salud y son cargados en la base de datos: Existencia de un programa o software y actualización de los datos.
4. Consignación del diagnóstico según CIE10
5. Elevación de los datos a los efectores, los funcionarios de los resultados, conclusiones y recomendaciones.
6. Cruce de los datos con los datos obtenidos con los datos de la Dirección de estadísticas del Ministerio de Salud para determinar la correlación de los datos.

Los resultados obtenidos se describen a continuación:

1. Existencia de Fichas: Existen 2 fichas una para adultos y otra para niños y adolescentes en donde se consigna edad, domicilio, estado civil, nivel de educación, condición laboral, vivienda, grupo conviviente, cobertura de salud, lugar de derivación, motivo de consulta, indicación terapéutica, tratamientos anteriores y derivación terapéutica. La ficha es de fácil llenado ya que está impresa en una sola carilla y se completa con el método de marcar una de diferentes opciones. En la página Web de la ciudad se informan los pacientes atendidos por primera vez según los datos demográficos que se mencionaron.
2. Efectores Incorporados: Hasta la fecha se incorporaron al programa 9 efectores: Centro de Salud Mental N° 1, los Hospitales Cosme Argerich, Carlos Durand, Braulio Moyano, Carlos Penna, Piñero, Rivadavia, Tornou y Zubizarreta.
3. Modalidad de recolección de la información: El profesional designado recorre los centros periódicamente y lleva las fichas a la Dirección de Salud mental. Después de cargar los datos esta ficha se restituye a los efectores por lo que no hay registro de las mismas.
Existe un programa que permite cargar los datos obtenidos.
En las estadísticas se observó que el diagnóstico no se informa según el CIE10. El 3 % de los pacientes figura en el ítem Sin Datos.
4. Publicidad de la información: Los datos se entregan periódicamente a la Directora General de Salud Mental, quien los expone y discute con los jefes de Servicios de Salud Mental de los efectores del Sistema.
5. Correlación de datos entregados por el Programa de vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Salud Mental y División Estadística del Ministerio de Salud:

Hospital	Cantidad de pacientes 1° vez según fichas	Cantidad de pacientes 1° vez Dirección de estadísticas	Diferencia
Ameghino	869	2629	1760
Argerich	368	422	54
Durand	108	1875	1767
Moyano	128	454	326

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

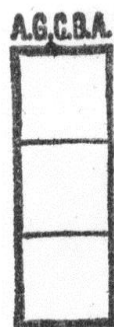


Penna	385	1194	809
Piñero	133	214	81
Rivadavia	716	5439	4723
Tornú	284	680	396
Zubizarreta	75	797	722
Total	3.066	13.704	10638

Datos entregados por la División Estadística del Ministerio de Salud del GCABA
ADMISIONES CONSULTORIOS EXTERNOS DE SALUD MENTAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y HOSPITAL
Hospitales del Ministerio de Salud - GCABA
Año 2012

HOSPITAL	Pacientes según grupo etáreo						Total
	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 y más	Admisiones
Alvarez	887	1466	1735	1636	696	16	6436
Argerich	22	31	181	144	43	1	422
Durand	157	158	683	694	171	12	1875
Fernández	147	338	642	669	239	15	2050
Penna	169	205	292	300	202	26	1194
Piñero	24	47	78	65			214
Pirovano	21	94	322	334	112	5	888
Ramos Mejía		175		727	13	63	978
Rivadavia	207	717	2113	1451	795	156	5439
Santojanni	105	164	102	151	19		541
Tornú	121	107	213	180	58	1	680
Velez Sarsfield	218	242	238	228	17	3	946
Zubizarreta	162	182	159	205	89		797
Elizalde	554	521					1075
Gutierrez	540	2164	2				2706
Sardá		119	237	31	3		390
Muñiz	10	35	312	317	91	1	766
Oncología		2	167	314	128	2	613
Quemados	238	269	346	522	111	28	1514
Udaondo		8	90	145	65	13	321
Lagleyze	8	53	148	387	433	71	1100
Santa Lucía	312	530	557	567	261		2227
Borda	32	891	3787	3666	1296	133	9805
Moyano		10	196	233	15		454
Tobar García	347	335					682
Alvear	1	269	1861	1220	449	254	4054
Rocca	362	114	50	42	27	3	598
R. Psicofísica	109	79	153	161	108	12	622
María Ferrer	8	13	37	47	35	2	142
Centro de Salud Mental 1	424	630	1121	1038	282	27	3522
Ameghino	157	421	1148	692	191	20	2629
TOTAL	5342	10389	16970	16166	5949	864	55680

De los datos obtenidos se observa que durante el año 2012 en la CABA se realizaron 55.680 admisiones en Salud Mental.



Además de la función determinada por la Resolución 1044/SS/ 2004 desde el Programa de Epidemiología se comenzó a trabajar para recabar información sobre posibles problemáticas de Salud Mental en la población general, detectar grupos de riesgo que no demandan atención y explorar eventuales obstáculos en la accesibilidad al sistema. Este trabajo se encuentra en fase de desarrollo en conjunto con la Dirección General de Estadística y Censo que depende del Ministerio de Hacienda y ya se realizó una prueba piloto con 318 encuestas para ajustar aspectos metodológicos. **(Observación N° 12)**

5.7. Hogares Conveniados (Observación N°13)

Desde el año 2012 el Programa PAC-Hogares Conveniados están integrados y articulados en un solo Programa a cargo de una psiquiatra designada por Resolución n° 347/12.

Los Hogares Conveniados se destinan a la atención mediante internación, de pacientes infanto-juveniles con patologías severas que atiende el Sistema de Salud.

Su objetivo es satisfacer las necesidades de internación de los pacientes con patologías severas que atiende el Sistema de Salud

La cobertura etárea es de 0 a los 17 años inclusive

Principalmente se da prioridad a los niños, niñas y adolescentes que no cuentan con familias continentales y que se encuentran alojados o necesitan ingresar a hogares conveniados.

La actividad central del Programa consiste en realizar una evaluación de cada uno de los pacientes alojados en los hogares (se adjunta ficha de Pacientes de Hogares/ Residencias), a partir de lo cual se determina el estado del paciente y funcionamiento ese hogar en relación a la problemática del paciente.

Ante alguna anomalía se realizan reuniones en el hogar y se les pide que la solucione, si no se resuelve, se revé el convenio con dicho hogar

Una vez por semana se realiza una reunión de equipo en la Dirección de Salud Mental

Las evaluaciones y visitas a cada hogar se llevan cabo una vez por mes

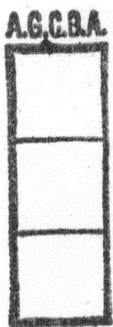
Por otro lado se realizan evaluaciones para el ingreso a hogares de pacientes de acuerdo a lo solicitado por los distintos organismos, además de las reuniones necesarias con los mismos

Se llevan a cabo reuniones con los distintos organismos

Los recursos humanos son los equipos de trabajo interdisciplinarios, que realizan las visitas a los hogares y son los designados por el PAC

Registros

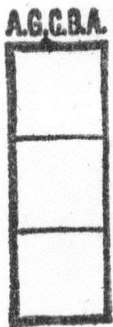
Los registros son las fichas completadas por los profesionales del PAC y legajos de cada Hogar que se encuentran en la Dirección de Salud Mental



4.7.1 Síntesis de Convenios

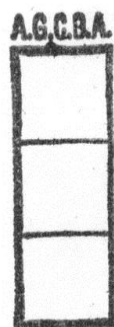
Los convenios responden a un modelo tipo, cuyo contenido se resume en:

- Personas que firman el convenio: autoridad de gobierno (ministra/o) y titular/res del Hogar , domicilio legal y DNI
- Marco general: el GCABA por intermedio del ministerio de Desarrollo Social a través de la Dirección de Niñez, se propone financiar, asistir técnicamente y evaluar las acciones de las Organización que atienda la problemática de niñas, niños y adolescentes en el marco de la protección integral que surge de la Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Nacional y la de la Ciudad, la ley Nacional N° 26061 y la ley de la Ciudad N° 114
- Se firman convenios con ONG que mantengan igual criterio de atención y que cumplan con las normativas vigentes, ofreciendo espacios de atención saludables para el desarrollo de la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes; la organización garantiza estar en condiciones de proporcionar un ámbito adecuado para su desarrollo integral según las normativas vigentes, se establece que la permanencia de los niños en la ONG resultará un recurso excepcional (Ley N°114,Título III ,Cap. II
- **Claúsulas:** en las mismas se establecen los compromisos y obligaciones de la organización y los de GCABA
- En la Cláusula III se determina el monto diario del subsidio por niño(pago mensual), se pagará por la vacante real ocupada y de acuerdo a la modalidad de atención convivencial, terapéutica, de madres adolescentes con sus hijos y otras modalidades establecidas.
- La duración del convenio es de 24 meses, puede ser renovado automáticamente
- La permanencia de los niños será lo más breve posible, de acuerdo a su singularidad. Se privilegiará el regreso de los mismos a su grupo familiar y comunitario
- La vinculación de los niños con su grupo estará a cargo del equipo técnico de la ONG, que debe definir las estrategias y acciones para cumplimentarlas, con la asistencia y supervisión de la D. de Niñez
- La ONG debe ofrecer vacantes (no nominales) de acuerdo al proyecto presentado por la misma
- Entregar informes de avance (marzo, junio y septiembre) detallando los recursos y acciones implementadas y un informe final en diciembre
- Los ingresos y egresos serán autorizados por la Dirección de Niñez. Los desplazamientos cotidianos deben registrarse por escrito
- Si la ONG presenta irregularidades la D. de Niñez puede pedir informes, trasladar a los niños, solicitar la intervención de la justicia.
- Las sanciones serán apercibimiento, suspensión de derivación, rescisión del convenio
- Si la ONG decide finalizar el convenio lo hará con una comunicación fehaciente , 45 días antes
- Si la Ciudad decide rescindir el convenio lo hará con 30 días de anticipación



Listado de Hogares Conveniados y Analisis de Convenios entregados

Hogares Conveniados	Convenio D.D.Social Año 2010	Convenio M. Salud	Niños internados		
			2012	2013	2014
Apand	si	no	si	no	no
Basso	si	no	si	si	si
La casona de los barriletes	no	Si - Año 2011	si	si	si
CEPREAP	si	si - Año 2012	si	si	si
Fundación Vivencia	no	no	si	si	si
Nuestra Sra. de Lujan- Cabrera	si	Si - Año 2012	si	S/D	S/D
Nuestra Señora de Lujan - Gallo	si	no	si	S/D	S/D
Nuestra Señora de Lujan- Billinghamurst	si	no	si	S/D	S/D
San Francisco de la Loma	si	si - Año 2012	si	si	si
Promover	si	si - Año 2012	si	si	si
Santa Clara de Asis Quilmes	si	si - Año 2012	si	si	si
Santa Clara de Asis - Bernal		si - Año 2012	si	si	si
Seres I	si	si -Año 2012	si	si	si
Seres II	si	si -Año 2012	si	si	si
Seres III	no	si -Año 2012	si	si	si



- *La Casona de los Barriletes es un espacio terapéutico ambulatorio
 **Santa Clara de Asis : su nombre legal es Los Angeles del Sur.
 ***Seres: su nombre legal es Asociación Civil para la Equidad Social

4.7.2 Estadística mensual de Ingresos y Egresos

Durante el año 2012 hubo un promedio anual de 157 pacientes alojados en los Hogares conveniados. El promedio de ingresos anual fue de 6 pacientes y el promedio de egresos fue de 4 pacientes, estos datos reflejan que la permanencia en los hogares se mantiene estable.

Meses	T.Ingresos	T.Egresos	Total de pacientes
Enero	5	6	139
Febrero	10	4	146
Marzo	9	4	151
Abril	5	5	151
Mayo	9	8	152
Junio	6	7	151
Julio		2	149
Agosto	7	2	154
Septiembre	4	2	156
Octubre	4	3	157
Noviembre	3	7	154
Diciembre	2	1	154
Total	64	51	
Promedio	5,33	4,25	151,16

El siguiente cuadro muestra un rango de pacientes por Hogar

Cantidad de pacientes	Hogares Conveniados
De 20 a 28	Seres I-Seres II-Santa Clara de Asis (Quilmes).CEPREAD
14	Seres III- Santa Clara de Asis (Bernal)
De 1 a 6	Apand- Basso- Fundacion Vivencia-N.Sra de Luján(Gallo)-N .Sra de Lujan (Cabrera) -N.Sra de Luján (Bilingurst)-Promover-San Francisco de lo Loma-IMAI-Hostal Nueva Pompeya



4.7.3. Registro de ONGs del Consejo de Derechos Niños Niñas y Adolescentes

De la información recibida por el Consejo de Derechos Niños Niñas y Adolescentes respecto de las ONGs con convenio que atendieron pacientes durante el 2012 surgen los siguientes datos:

APAND: Por las serias irregularidades detectadas se procedió a la cancelación de la inscripción en el Registro de ONGs del CDNNyA

Santa Clara de Asis – Los Angeles del Sur SRL: Se realizó un monitoreo en la sede Bernal: Se recomendó la incorporación de al menos un Lic. en Psicología (cuenta con dos profesionales para 48 residentes). El aspecto edilicio y de mantenimiento se observa en óptimas condiciones y la institución es acorde a la población con la que trabaja.

San Francisco de la Loma: el trabajo realizado por la institución es el adecuado.

Promover: el trabajo realizado por la institución es el adecuado

CEPREAP SRL: El día 28 de junio de 2012 se aplica sanción de advertencia solicitando a la DGSM que suspenda los ingresos por 60 días.

Con fecha 7 de diciembre de 2012 se realiza un nuevo monitoreo concluyendo que la institución ha realizado profundos cambios tendientes a garantizar los derechos de los jóvenes allí alojados en conformidad con el paradigma de protección de derechos

Durante el 2014 luego de conocerse la determinación del Juez que ordenó a la DGSM modificar el convenio a fin de que no tenga como objetivo de trabajo a población infanto juvenil, se programó monitoreos trimestrales a fin de continuar con la supervisión de la institución hasta tanto no haya población menor de edad.

Solo hay un adolescente menor de 18 años residiendo en el hogar que según evaluaciones realizadas y su apego a la institución se consideró iatrogénico para el adolescente su trasladado.

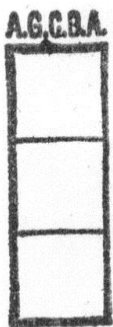
La Casona de los Barriletes: el trabajo realizado por la institución es el adecuado.

Fundación Vivencia: el trabajo realizado por la institución es el adecuado. Se observó la falta de dos vidrios en una habitación y un baño. Se detectó la falta de protección en el frente de una estufa a gas. Se solicitó que completen los legajos del personal.

SERES- Asociación Civil para la Equidad Social: el trabajo realizado por la institución es el adecuado.

Fundación BASSO: Desde el año 2011 no posee más convenio con el GCBA

Institución New Life – Nuestra Sra. De Lujan: En virtud de los relevamientos realizados en relación a la falta de idoneidad del personal para atender a la población que allí se aloja, la falta de personal convivencial, la imposibilidad de acceder a los legajos del personal, escasez de talleres y actividades, falta de estrategias de egreso, se envía una sanción de advertencia. No habiendo podido ajustar el dispositivo a la normativa vigente en materia de protección de derechos y no encontrando resultados positivos a las observaciones



efectuadas, se resolvió cancelar la inscripción al Registro de ONGs y solicita a la DGSM el traslado de la población menor de 18 años a otros dispositivos.

4.7.4. Procedimiento PAC –Hogares Convenidos:

A fin de evaluar el seguimiento de los pacientes alojados en los hogares conveniados, se seleccionó la ficha de pacientes que los profesionales completan la cada vez que concurre al Hogar. Se tomó una muestra de las Fichas de Pacientes por hogar.

La muestra se realizó teniendo en cuenta el total de pacientes alojados en hogares (157) durante el 2012, (se tomó el mes de octubre, que fue el mes que hubo más pacientes) La muestra quedo conformada por 80 pacientes distribuidos en forma representativa de acuerdo a la cantidad de pacientes por hogar

El equipo de trabajo concurre a los hogares para realizar la supervisión y seguimiento y firma la ficha. Está integrado por 7 Médicos (psiquiatras y pediatras), 2 Psicólogos, 2 Trabajadores Sociales y 5 Operadores Sociocomunitarios

Se verificó:

- Referido a las fichas de pacientes(cantidad de seguimientos durante el año, fichas completa o incompleta, firma del profesional)
- Referidos a los pacientes (edad, tiempo de estadía en el hogar, egresos y diagnóstico, Informes Trimestrales)

4.7.5. Resultados

En total fueron 14 los hogares conveniados en el año 2012. En los legajos de los hogares APAND y CEPREAD no había fichas del año 2012, por lo tanto se analizaron 66 fichas (se descontaron de las 80 de la muestra)

Listado de Hogares Conveniados

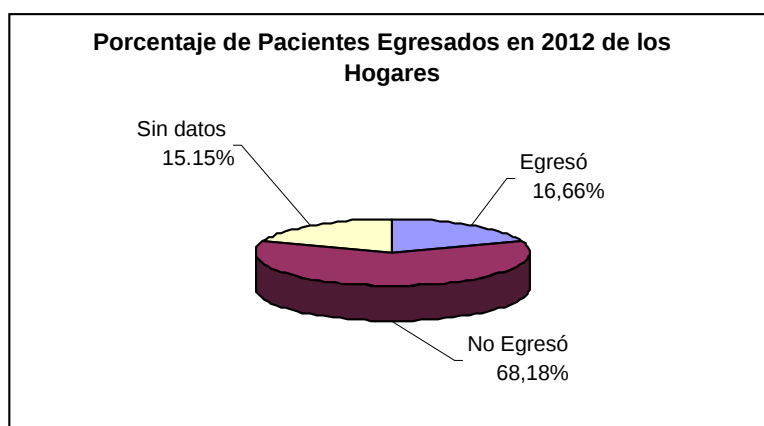
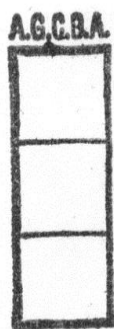
Hogares Conveniados	Cantidad de pacientes alojados(Octubre 2012)	Muestra	Fichas Relevadas	Situación Hogares 2013/2014
Apand	3	2	No se encontraron fichas del 2012	No interna más pacientes
Basso	1	1	1	Hay un solo paciente que no se quiere ir del Hogar



			No se encontraron fichas del 2012	Continúa No se encontraron Fichas 2012
CEPREAP	24	12		
Fundación Vivencia	3	1	1	Continúa
Nuestra Señora de Lujan(Bilingurst)	6	3	3	No interna más pacientes
Nuestra Señora de Lujan (Gallo)	5	3	3	No interna más pacientes
Nuestra Señora de Lujan (Cabrera)	2	2	3	No interna más pacientes
San Francisco de la Loma	1	1	2	Continúa
Promover	6	3	3	Continúa
Santa Clara de Asis (Quilmas)	20	10	10	Continúa
Santa Clara de Asis (Bernal)	14	7	7	Continúa
Seres I	29	14	14	Continúa
Seres II	25	12	12	Continúa
Seres III	18	9	9	Continúa
Total	157	80	66	

De acuerdo al análisis de las fichas analizadas y evaluadas se extrajeron los siguientes resultados:

Con respecto a las Fichas de seguimiento de pacientes.



Elaboración Propia con datos 2012 de las fichas de Pacientes

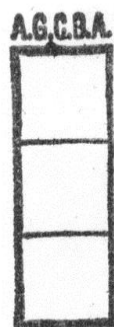
Análisis:

De las 66 fichas analizadas de 12 hogares, los 66 casos (100%) tiene aunque sea 1 ficha de seguimiento y las 66 (100%) están completas. Asimismo en su totalidad están firmadas por los profesionales actuantes.

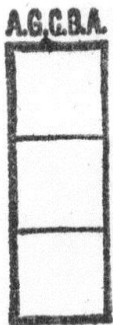
Con respecto a los egresos de los hogares 45 pacientes continúan alojados en los hogares, 11 pacientes egresaron del Hogar y en 10 casos no consta el dato

Cantidad de Fichas de seguimiento por paciente y por hogar

Hogar	Nº de Caso	C.de seguimiento
Promover	1	6
	2	6
	3	7
		19
San Francisco de la Loma	1	4
Santa Clara de Asis Bernal	1	5
	2	4
	3	4
	4	4
	5	2
	6	2
	7	8
		29
	1	6
Santa Clara de Asis	2	10
Quilmes	3	9
	4	10
	5	10
	6	10
	7	10
	8	10
	9	6
	10	8
		89
Nuestra Señora de Lujan Bilinghurst		
	1	12
	2	12
	3	9
		97
Nuestra Señora de Lujan Gallo		
	1	12
	2	12
	3	3
		27



Nuestra Señora de Lujan Cabrera		
	1	12
	2	12
		24
SERES I	1	3
	2	11
	3	9
	4	7
	5	5
	6	7
	7	8
	8	9
	9	4
	10	9
	11	10
	12	10
	13	7
	14	11
		110
SERES II	1	4
	2	4
	3	3
	4	4
	5	4
	6	4
	7	2
	8	3
	9	4
	10	4
	11	4
	12	4
		44
SERES III	1	5
	2	9
	3	2
	4	6
	5	7
	6	9
	7	3
	8	3
	9	6
		50
BASSO	1	9
		9
Vivencia	1	4
		4



Análisis:

De los 12 hogares relevados, 6 (50%) tienen un promedio entre 12 y 8,9 fichas en el año 2012 por paciente (sin considerar el año de ingreso y egreso) , los otros 6 hogares (50%) tienen un promedio entre 7,8 y 3,6 fichas en el año 2012 por paciente . Algunos pacientes tienen menos fichas porque egresaron en el 2012

En los hogares con más fichas de seguimiento por paciente en 2012 en el 2013, la Dirección de Salud Mental no alojó más pacientes por haber presentado problemas en cuanto a la calidad de atención. Dichos hogares son Nuestra Señora de Lujan en sus 3 sedes y Fundación Basso.

Cantidad de seguimientos de los pacientes que ingresaron en el año 2012

Hogar	Fecha de Ingreso		Cantidad de seguimiento	Cantidad de Seguimiento realizados 2012 que corresponden según fecha de ingreso
Santa Clara de Asis	10/4/12	Si	6	3
SERES I	30/01/12	si	9	3
	09/08/12	Si	5	esta completo
	18/06/12	Si	7	esta completo
	24/02/12	Si	8	3
	21/09/12	Si	4	esta completo
	21/05/12	si	7	esta completo
SERES II	24/12/12	Sin Dato	3	esta completo
SERES III	02/03/12	Si	9	esta completo
	26/06/12	si	6	esta completo
	27/08/2012	si	3	esta completo
	24/01/2012	si	3	9



Análisis: De 12 casos que ingresaron en el 2012, la mayoría (8 casos) tuvo un seguimiento mensual

Con respecto a los pacientes según su edad

Rango de edad	Cantidad de pacientes
0 a 11 meses	1
1 a 4 años	15
5 a 8 años	6
9 a 12 años	11
13 a 16 años	17

17 a 20 años	14
21 a 22 años	2
TOTAL	66

Elaboración Propia con datos 2012 de las fichas de Pacientes

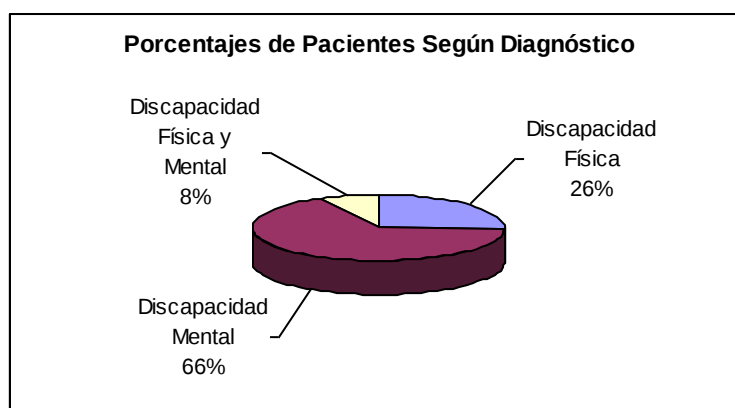
Análisis:

La mayor cantidad de pacientes alojados son púberes y adolescentes, 17 pertenecen al rango entre 13 y 16 años y 14 están entre 17 y 20 años .Entre los 2 rangos suman 31 púberes y adolescentes. Son 15 los niños más pequeños (entre 1 y 4 años) que permanecen alojados en hogares

Con respecto a los diagnósticos de los pacientes

Hogar	Nº Caso	Diagnóstico		
		D. Física	D. Mental	D.F y M
1.Vivencia	3	1		2
2.San Francisco de la Loma	1			1
3.Santa Clara de Asis Bernal	7		7	
4.Santa Clara de Asis Quilmes	10	2	8	
5.Nuestra Señora de Lujan Bilingurst	3		3	
6.Nuestra Señora de Lujan Gallo	3		3	
7.Nuestra Señora de Lujan Cabrera	2		2	
8.SERES I Avellaneda	14		14	
9.SERES II	12	7	5	
10.SERES III	9	7		2
11.Hogar Basso	1		1	
12.Vivencia	1		1	
Totales	66	17	44	5
Promedio	100%	25,75%	66,67%	7,58%





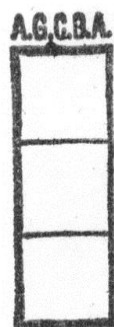
Elaboración Propia con datos 2012 de las fichas de Pacientes

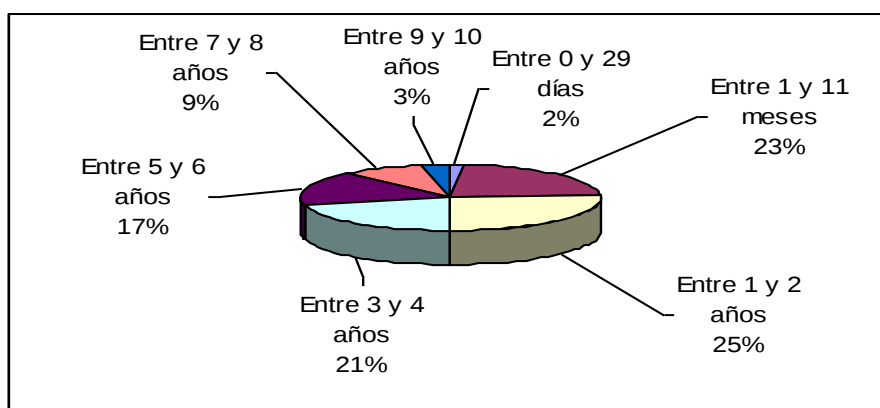
Análisis:

Según los diagnósticos 44 (66,67 %) pacientes tienen un diagnóstico vinculado a problemas de Salud Mental, 17 pacientes tienen un diagnóstico referido a una discapacidad física y 5 (7,58%) pacientes tiene diagnóstico de salud mental y discapacidad física

Con respecto a los pacientes según el tiempo de estadía en el hogar

Tiempo de estadía	Cantidad de Pacientes
Entre 0 y 29 días	1
Entre 1 y 11 meses	15
Entre 1 y 2 años	17
Entre 3 y 4 años	14
Entre 5 y 6 años	11
Entre 7 y 8 años	6
Entre 9 y 10 años	2
Total	66





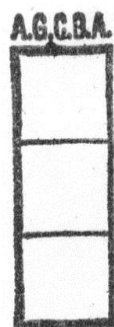
Elaboración Propia con datos 2012 de las fichas de Pacientes

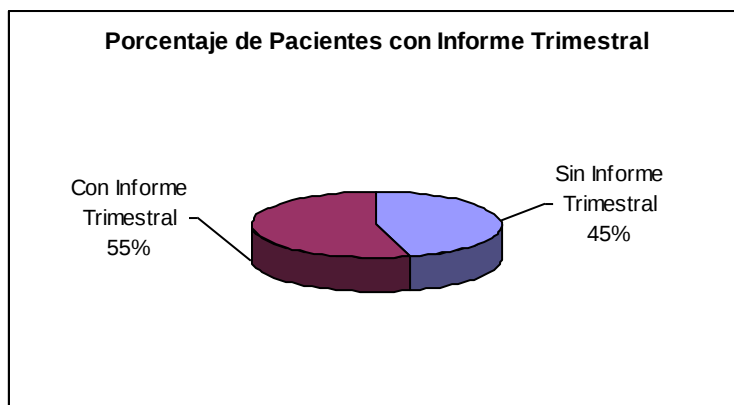
Análisis:

La mayor cantidad de pacientes ,17 permanecieron internados entre 1 y 2 años, 15 pacientes permanecieron alojados en el hogar entre 1 y 11 meses, 14 entre 3 y 4 años y 2 pacientes estuvieron entre 9 y 10 años

Informes Trimestrales por Hogar

Hogar	Nº de Caso	Informe Trimestral de ONG	
		SI	NO
Promover	3	3	
San Francisco de la Loma	1		1
Santa Clara de Asis Bernal	7	7	
Santa Clara de Asis Quilmes	10	9	
Nuestra Señora de Lujan Bilingurst	3	3	
Nuestra Señora de Lujan Gallo	3	1	2
Nuestra Señora de Lujan Cabrera	2		2
SERES I Avellaneda	14	1	14
SERES II	12	7	5
SERES III	9	5	4
Hogar Basso	1		1
Vivencia	1		1
Total	66	36	30
%	100%	54,55%	45,45%





Elaboración Propia con datos 2012 de las fichas de Pacientes

Análisis:

En el 54,55%(36) de los legajos analizados consta informes trimestrales de los pacientes de la muestra **(Observación N° 13)**

Conclusión:

Teniendo en cuenta los resultados del procedimiento se puede concluir que el programa Hogares Conveniados - Pac cumple sus objetivos en relación al seguimiento de los pacientes, mediante las fichas de pacientes que completa el equipo profesional del PAC, en los hogares.

Se detectó que:

- Todos los pacientes tienen fichas de seguimiento y están completas.
- Del total de 12 pacientes que ingresaron en el 2012, 8 contaron con una ficha de seguimiento mensual durante su estadía en el 2012.
- La mayor parte de los pacientes (60%) no egresaron y continúan alojados en los hogares, muchos de los egresos son traslados a otros hogares o son hospitalizados.
- El tiempo de permanencia en los hogares es entre 1 y 2 años (más del 50%) un 21% permanece alojado entre 3 y 4 años.
- La mayoría de los diagnósticos se relacionan con problemáticas de salud mental.
- La mayor parte de los pacientes alojados son púberes y adolescentes y niños (entre 13 y 20 años) y niños pequeños (entre 1 y 4 años).

4.8 Programa Salud Mental Desastres y Desarrollo

Se propuso en el año 2002 como parte del Plan de Salud Mental y fue aprobado por resolución 1234/SS/03 coordinado por una Psicóloga de planta.

Consideraciones preliminares

En la actualidad ha aumentado la probabilidad de ocurrencia de desastres y la gravedad de sus consecuencias, desde una concepción integral de la salud incluyen la comprensión de lo psíquico y de lo psicosocial, impactando el curso de la vida de las personas, dejando marcas en el tejido social.

Por cada damnificado físico. Existen 200 afectados psíquicos.



En las situaciones de emergencia y desastres es el sector público local el que da la primera respuesta, en la puesta en marcha de la respuesta a los desastres dada la inmediatez del impacto solo se cuenta con el recurso organizado, capacitado y articulado previamente.

La articulación y entrenamiento del recurso humano incide en la eficacia de la respuesta y promueve el fortalecimiento institucional.

Objetivos Generales

Instalar en la comunidad la necesidad de considerar los aspectos psicológicos y psicosociales que intervienen en las emergencias y desastres.

Favorecer la planificación de acciones que permitan reducir los riesgos.

Desarrollar medios y procedimientos para mitigar las consecuencias psicológicas de los eventos adversos en la población.

Promover el desarrollo de recursos profesionales y técnicos descentralizados capacitados para una intervención integral en situaciones de emergencia y desastres.

Personal a cargo: No tiene

Cantidad de pacientes bajo programa: No tiene

Condiciones de ingreso egreso. Tiempo de permanencia .No tiene

No hay registro de H.C

Se elevan Informes a la Dirección

No existen convenios con el sector privado.

Metodología de gestión:

COORDINACION

Se lleva a cabo una articulación permanente con los actores y sectores intervinientes a fin de avanzar en los objetivos en los tres niveles de intervención: investigación, capacitación/docencia y asistencia

Referentes del Programa:

Los Comités de Emergencia de las instituciones promueven la consideración de la temática.

Participan mensualmente de la reunión de la Red (segundo martes de cada mes), convocado por la coordinación a fin de capacitar, planificar las actividades del programa,

Desarrollo alcanzado:

2002-2003 Elaboración del Programa.

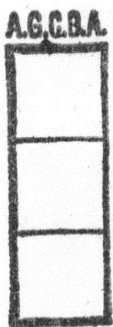
-Instalación de la temática en la Red de Servicios de Salud Mental.

-Actividades de articulación del recurso humano a fin de la Conformación de la Red

-Capacitación de profesionales en la gestión integral de los desastres.

2004-ENCUESTA realizada en 7 Hospitales a fin de medir factores humanos interactuantes, tales como aspectos conductuales, vinculares que intervienen en la percepción de riesgos. Este proyecto se realizó conjuntamente con DEFENSA CIVIL Y SAME

2005 Respuesta integral a las consecuencias psicológicas del incendio de Cromañon Integración de los profesionales de Salud Mental en los Comités de Emergencia de los Hospitales.



ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Atención de la comunidad en situaciones de desastres
Atención de equipos intervinientes en situaciones de desastres
Capacitación de profesionales de la salud y de la salud mental

ARTICULACION CON OTRAS AREAS DEL GCBA

INSTITUCIONES DEL GCBA
DEFENSA CIVIL
SAME
RED DE TRAUMA Y EMERGENCIA
DIRECCION GENERAL DE OBRAS PÚBLICAS
CEVIP
BAP

Actividades del año 2012

En el año 2012 se realizó el VI curso de Salud Mental en la **Gestión Integral de los Desastres**.

El mismo se llevó a cabo de agosto a noviembre en el IELADEINU y estuvo destinado a profesionales de salud.

ACCIONES DEL PROGRAMA SALUD MENTAL, DESASTRES Y DESARROLLO (Res1234/02) AÑO 2012

El accidente, ocurrido el 22 de febrero a las 8.32 cuando un tren chocó contra un parapetado en la estación porteña de Once en el que 51 personas perdieron la vida y 675 sufrieron heridas, puso en marcha la respuesta a la emergencia en la que intervinieron todos los sectores implicados en el **Plan de Emergencias de la Ciudad de Buenos Aires**.

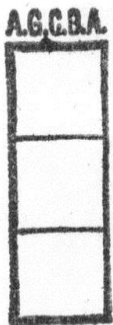
En estos eventos, se movilizan una multiplicidad de recursos que desde una consideración de los aspectos psico socio culturales, están atravesados por:

- Complejidad de la organización
- Multiplicidad de organismos y personal interviniente
- Presencia de situaciones amenazantes
- Sobre exigencia de eficacia y de capacidad de respuesta
- Requerimiento de sobreadaptación

Estas variables califican a este escenario como estresante para todos los equipos intervinientes y determinan, que, aun en el normal desenvolvimiento del evento, surjan situaciones de urgencia subjetiva, desordenes del equipo de trabajo, etc.

En este marco, la Dirección General de Salud Mental se encolumna a la organización ya existente, ofreciendo colaborar en la respuesta organizando las siguientes intervenciones:

- 1) **Hospital Ramos Mejia**
Hospital Carlos Durand



Un equipo interdisciplinario integrado por Psiquiatra, Psicólogo y trabajador social, se integraron al equipo de guardia, atendiendo a damnificados y familiares, evitando el desborde del equipo estable

Objetivos:

Contención del impacto emocional
Orientación en situaciones de afectación por estrés
Acompañamiento de manifestaciones de ansiedad
Detección de situaciones de riesgo

2 Estación Once

Misión: Apoyo y acompañamiento a los operadores del BAP en la atención de familiares Un equipo interdisciplinario integrado por Psiquiatra, Psicólogo y trabajador social, se integraron a este espacio durante todo el turno de la tarde

- ✓ Contención del impacto emocional de los operadores
- ✓ Orientación en situaciones de afectación por estrés
- ✓ Acompañamiento de manifestaciones de ansiedad
- ✓ Detección de situaciones de riesgo

3 Cementerio de la Chacarita y Morgue Judicial

Misión: Acompañar a los familiares en la difícil tarea de reconocer el cuerpo de sus seres queridos.

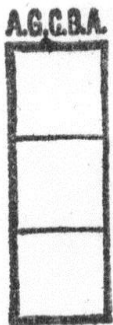
Se conformaron equipos de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapistas ocupacionales para cubrir la franja horaria desde las 13 del miércoles hasta la 02 .30 del jueves. Esta tarea se realizó articuladamente con Equipos de de Defensa Civil, de la subsecretaria de Emergencias, profesionales del BAP (Buenos Aires Presente Secretaria de Desarrollo Social) y de la Subsecretaria de Derechos Humanos y Atención a la Víctima de la Secretaria de Desarrollo Social

Resolución 1054 del MSGC de la Dirección General de Salud Mental Actualmente el programa funciona en varios efectores de salud de la Ciudad y en la Facultad de Veterinaria.

4.9. Programa de Terapia Asistida con Animales TACA

Se creó por Resolución 1054 del MSGC de la Dirección General de Salud Mental y actualmente funciona en varios efectores de salud de la Ciudad y en la Facultad de Veterinaria.

El programa cuenta con 60 perros que pertenecen a psicólogos, voluntarios o ONGs. Todos son entrenados en la Facultad de Veterinaria de la UBA y controlados por un médico veterinario etólogo (asesor de la coordinación que controla la conducta de los animales) y sanitariamente en el Instituto Pasteur . A cada animal se le coloca un microchips subcutáneo en el cuello, el lector está en el Instituto Pasteur. Estos elementos son irremplazables e intransferibles. Los animales duermen en la casa de sus dueños quien se encarga del traslado del perro. Hay firmado un convenio con una empresa de alimentos balanceados para animales (Royal Canin) que provee el alimento.



En 6 efectores de salud se realiza el Programa:

1. Hospital P. Elizalde
2. Hospital J. Borda
3. Hospital B. Moyano
4. Hospital T Alvear
5. Tobar García
6. Hospital E. Tornú
7. Hay otro programa que funciona en la Facultad de veterinaria y utiliza caballos para la terapia.

En el Hospital Elizalde: funcionan 2 programas:

- a) Programa psicoeducativo: Dirigidos a niños entre 4 y 12 años. Si bien el programa es abierto a la comunidad por falta de animales el cupo casi siempre es cubierto por pacientes de Salud Mental del Hospital. El Hospital cuenta con cámara Gesell construida por el Gobierno de la Ciudad con colaboración de un laboratorio. La terapia se realiza con 2 perros propiedad de los psicólogos.
- b) Cuidados paliativos Infantiles: Huellas, comenzó a funcionar en 2012 se trabaja con 1 perro y el programa está destinado a niños con enfermedades terminales en cuidados paliativos.

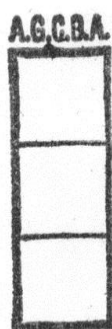
En el Hospital J. Borda: El programa comenzó en 2014 con pacientes crónicos internados en la Unidad 19. Trabajan un médico y un psicólogo del Hospital y la terapia se realiza con 8 perros de la ONG Gulliver Team.

En el Hospital Moyano: Hay 2 programas:

- 1) Servicio de Emergencia: para pacientes con internaciones menores a 30 días. El programa es llevado a cabo por terapeutas ocupacionales, médicos y psicólogos. Trabajan con 6 perros de que los prestan voluntarios.
- 2) Club Bonanza: Funciona en el Hospital para pacientes crónicos que trabajan con 6 perros los días jueves. Es un trabajo grupal dirigido por los terapeutas ocupacionales con 4 perros que son de los voluntarios.

Entre los meses de Marzo a Diciembre (no hubo pacientes en Enero ni Febrero). Del año 2012 se atendieron en total 408 pacientes.

En el Hospital T. Alvear: Funciona un programa en el Servicio de Adolescencia. Funciona en los jardines del Hospital los días jueves está orientado a pacientes de Consultorio Externo e Internación. El programa está a cargo de una ONG y utilizan 4 perros.



En el Hospital Tobar García: Del Tobar García dependen 2 programas:

- a) En el Parque Roca Hay 1 centro de día en el que el programa trabaja con 4 perros. El programa es abierto a la comunidad y llegan pacientes derivados de todos los servicios de salud Mental de la CABA. Está destinado a pacientes de 5 a 18 años. Desde Marzo de 2014 el programa se trasladó al Tobar García debido a que el centro de Salud del Parque Roca sufrió tres ataques de vandalismo.
- b) Cuidar Cuidando: Es un programa que funciona hace más de 23 años en el zoológico de Buenos Aires, aunque el convenio se firmó en el año 2010. El programa es abierto a toda la red de Salud Mental de la CABA funciona todos los días menos los jueves. Las actividades se realizan con animales de la granja del zoológico que no representan peligro: de lunes y martes para niños de 5 a 12 años. Los días miércoles y viernes para adolescentes de hasta 18 años. El programa está a cargo de un médico psiquiatra y dos terapistas ocupacionales que dependen del Tobar García.

En el Hospital E. Tornú: El programa funciona en la Unidad de de Cuidados Paliativos y es sostenido por FEMEBA Salud, funciona los días miércoles por la tarde Trabajan con 6 perros que los traen sus entrenadores.

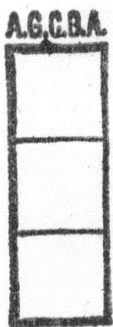
4.10. Programa de Rehabilitación con Inclusión Sociolaboral Comunitaria para personas con Trastornos Mentales Severos (TMS)

Está a cargo de un Psiquiatra de planta permanente del Htal. Borda que se desempeña como Coordinador desde el mes de septiembre del año 2012, cuando comenzó a ser implementado.

Objetivos Generales y Específicos.

El programa tiene como objetivo general el permitir, facilitar y sostener las externaciones efectivas, poniendo un obstáculo al “síndrome de puerta giratoria (reinserción continua dentro del sistema hospitalario)” y un freno a la discapacidad. Las metas propuestas se fundamentan con un enfoque de des-medicalización, des-estigmatización y resocialización del paciente, remplazando el enfoque intra hospitalario y de medicalización. Para cumplimentar dichos objetivos, se incluye al grupo familiar y/o de contención fortaleciendo así la recuperación de los lazos sociales. De este objetivo general se desprenden los objetivos específicos:

- Lograr que la persona con TMS construya con el otro y/o los otros las competencias de autonomía, según sus posibilidades, en las distintas actividades de la vida, en la cotidianeidad, en lo social/ocupacional/recreativo y en lo comunitario, estimulando y desarrollando las capacidades remanentes , que le permita una integración adecuada al contexto comunitario.
- Estimular la co-construcción de recursos que permitan limitar la hipobulia, el aislamiento, el alto grado de dependencia, adquiriendo un nivel básico de



seguridad, aumentando la tolerancia al estrés, previniendo las crisis al disminuir la vulnerabilidad.

- Favorecer y acrecentar el grado de confianza en su contexto y de éste hacia él en un intento de desarticular el estigma y la discriminación.
- Posibilitar una mejor calidad de vida que le permita su integración en la comunidad, de acuerdo con sus posibilidades.
- Estimular el acceso a los derechos de ciudadanía con igualdad de oportunidades.

La totalidad del programa se desarrolla dentro del Servicio N°3 del Hospital Borda, excepto por un taller de serigrafía que funciona en un predio prestado en el barrio de Chacarita. El sentido de realizar actividades por fuera del Hospital tiene objetivos terapéuticos, fundamentalmente en relación con el contacto del paciente con el espacio externo al nosocomio. Aquellos que realizan el taller de serigrafía se trasladan acompañados por los operadores sociocomunitarios. Los trabajos realizados en los talleres son expuestos y comercializados en diversos espacios públicos, entre ellos las ferias del Parque Centenario, y Mataderos. Los insumos para la totalidad de los talleres son autogestionados. Los medicamentos y viandas son provistos por el Hospital José T. Borda.

Actividades del programa

Las actividades del programa se organizan de la siguiente forma:

a) Con los pacientes: se trabajarán áreas de acuerdo a las necesidades y objetivos establecidos:

- Asamblea comunitaria
- Autocuidado y actividades de la vida diaria (AVD)
- Estimulación cognitiva. Niveles I y II
- Actividades de apoyo en la vida cotidiana en la comunidad (ABI)
- Relaciones interpersonales
- Entrenamiento en competencias laborales
- Entrenamiento en competencias creativas
- Orientación e inserción socio laboral
- Integración comunitaria

b) Con los familiares y/o personas significativas

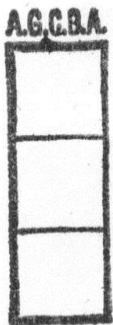
Taller de inclusión con la participación activa en el proceso de rehabilitación, co-construyendo recursos que permiten desarticular los procesos disfuncionales que obstaculizan la rehabilitación

Participación en los talleres artesanales donde lo ocupacional-laboral adquiere un significado saludable.

c) Con el equipo técnico profesional

Reuniones semanales de todo el equipo interviniente donde:

- Se evalúa el proceso de rehabilitación en los diferentes dispositivos.
- Se reformulan estrategias específicas para cada paciente.
- Formación continúa teórico práctica desde nuestro modelo de abordaje en grupos, red y rehabilitación.



El coordinador del programa realiza reuniones periódicas informativas y de intercambio con los profesionales tratantes y mediante comunicaciones periódicas y reuniones de jefes articula con la DGSM.

Beneficiarios del programa (2012) y condiciones de ingreso-egreso

Durante el período auditado, el programa contó con 15 pacientes y 5 familias. Los pacientes son internos del sistema y ambulatorios, además el programa recibe derivaciones de hospitales generales si bien en principio el programa respondió a la demanda interna del Hospital Borda.

Las condiciones de ingreso al programa son las siguientes:

- Personas con TMS que presenten dificultades en su funcionamiento psicosocial y de integración sociocomunitaria.
- Estabilización de la psicopatología de base que motivó la internación (en pacientes derivados de otros servicios).
- En tratamiento psiquiátrico y psicológico.
- Solicitud de derivación de profesional tratante.

Para el egreso del programa, se deben dar las siguientes condiciones:

- Concordancia con los profesionales del servicio de origen.
- Con el servicio social
- Con los recursos comunitarios para el seguimiento del paciente.

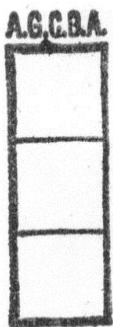
El tiempo de permanencia está estimado de 24 a 30 meses según la evolución del paciente. Según información recibida sólo el 10% de los pacientes que han participado del programa y han sido dados de alta se han re-internado, mientras que los dados de alta continúan su tratamiento en las cercanías de su zona de residencia.

Recursos Humanos

En principio el programa contó con 5 operadores sociocomunitarios bajo contrato de locación de servicios, luego se incorporaron 4 y posteriormente, tras la renuncia de dos de ellos, se mantuvo hasta la fecha el total de 7 operadores, mas un profesional ad honorem. El coordinador expresa que para lograr un cumplimiento efectivo del programa necesitó el aporte adicional de dos colaboradores asistenciales ad honorem. Se ha dictado un curso de operador sociocomunitario en la Dirección de Salud Mental además de brindarse formación continua en grupos de supervisión de trabajo, congresos y ateneos.

Articulación con otros programas de la DGSM y organizaciones externas

El programa deriva pacientes al emprendimiento La Huella del programa Emprendimientos Sociales. Además articula bajo acuerdos informales con organizaciones diversas: Discapanch, SUTERH, escuelas primarias y secundarias, Hospitales del GCBA, Centro La Puerta, Frente de Artistas del



Borda, Frente de Artistas del Borda y Radio La Colifata. No existen convenios con el sector privado y/o Estado para la inserción de beneficiarios.

Evaluaciones del programa y los pacientes

Para la evaluación del Programa se toman categorías relevantes del CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), además de las prestaciones con horas insumidas de operadores sociocomunitarios. La frecuencia es anual. La primera evaluación incluye las prestaciones y horas/operadores insumidas desde el 15/09/2012 al 15/09/2013. La evaluación-monitoreo-seguimiento de los beneficiarios dentro del programa y luego del egreso se realiza semanalmente para los pacientes internados (en reuniones de equipo, supervisiones, etc.) y quincenalmente para los egresados que continúan con tratamiento ambulatorio.

La forma de registro de beneficiarios se basa en la historia clínica y registro de planillas semanales ad-hoc. La vista de registros, Historias clínicas, actas, etc se realiza en las mismas con planillas específicas de cada uno de los talleres.

Informe de evolución de los pacientes que participaron del programa Rehabilitación con Inclusión Socio-laboral-cominutaria para personas con trastornos mentales severos y su familia (P.R.I.S) del servicio n-º 3 del Hospital José T. Borda en el período 15/09/2012 al 15/09/2013.

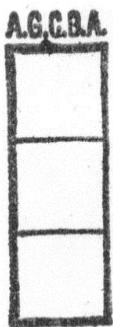
Para efectuar esta evaluación se dividieron los meses del año en tres cuatrimestres cada uno y se seleccionaron las categorías más relevantes de la clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de acuerdo al perfil de la población a evaluar.

Se incluyeron las variables:

- 1) Estructuras corporales,
- 2) Funciones corporales, compuesta por las siguientes dimensiones: nivel de conciencia; orientación, cognitivas, relaciones interpersonales, manejo de los impulsos, atención, memoria, manejo psicomotriz, manejo de las emociones, percepción, pensamiento y lenguaje.
- 3) Actividad y participación integrada por las siguientes dimensiones: aprendizaje básico; aplicar conocimiento, tareas y demandas, comunicación, movilidad, autocuidado, vida cotidiana, formación educativa, trabajo, manejo del dinero, participación social.
- 4) Factores ambientales y
- 5) Factores personales.

Cabe destacar que cada una de las dichas variables con sus respectivas dimensiones tiene sus definiciones operativas correspondientes.

Cada una de estas dimensiones fue codificada de modo de facilitar agrupar por características, los niveles alcanzados de recuperación , exceptuando las dos últimas variables 4) que está referida a los aspectos del entorno que



obstaculizan o favorecen el proceso de rehabilitación y 5) los aspectos propios de la persona independientemente de su condición o estado de salud.

Como primer punto podemos señalar que del total de la población relevada (n=17 pacientes) el 18% es población externada que se atiende por consulta externa y un 82% que se encuentra internada.

En cuanto a la primer variable: estructuras corporales el 6% presenta una lesión que afecta la misma y un 12% presenta trastornos del orden de lo fisiológico y/o metabólico y un 82% sin alteraciones de las mismas.

En Cuanto a las funciones corporales un 42% ha presentado una mejoría en algunas áreas de las indicaciones mientras que el 53% una mejoría en todas las dimensiones y sólo un 5% ha presentado una desmejora en sus funciones corporales globales. Dentro de las variables consideradas han permanecido sin presentar cambios significativos en las siguientes dimensiones: nivel de conciencia: 12%, funciones cognitivas 12%, relaciones interpersonales: 18%; manejo de los impulsos 23, 5%; manejo de emociones: 6% y nivel de pensamiento: 12%. Asimismo han mantenido sus funciones en un adecuado nivel de funcionalidad en las siguientes categorías: orientación: 29,5%; relaciones interpersonales: 6%; atención: 12%; memoria: 18%; manejo psicomotriz: 29,5%; manejo de emociones: 6%; percepción: 6% y lenguaje: 23,5%.

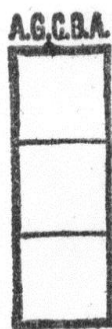
En relación a la variable Actividad y participación de la totalidad de las categorías que componen la misma se obtuvieron los siguientes datos un 58% alcanzó una mejora en todas las dimensiones que estas integran, mientras que un 30% sólo alcanzó un nivel apropiado en algunas áreas una cierta mejoría y un 12% desmejoró o no hubo variantes de mejora.

De esta manera específica no han presentado modificaciones favorables o desmejoró en las siguientes áreas: aprendizajes básicos: 6%; aplicar conocimiento: 6%; tareas y demandas: 12%; comunicación: 6%; movilidad 12%; autocuidado: 6%, vida cotidiana: 6%, formación educativa: 12%; trabajo: 18%; en manejo del dinero: 29,5% y en participación social 35%.

El subgrupo que obtuvo una mejora significativa en todas las áreas presentó en aprendizaje básico un 29%; aplicar conocimientos: 70,5%; tareas y demandas: 60%; comunicación: 74%, movilidad: 60%; autocuidado: 65%; vida cotidiana: 70,5%; formación educativa: 65%; trabajo: 76%; manejo del dinero: 69% y participación social: 47%.

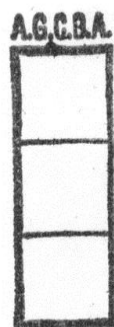
Finalmente los factores ambientales y contextuales resultan un obstáculo/barrera para un 18% del total de la población incluida, no así para el 82% restante, por otra parte los factores personales como fueron definidos son desfavorables para un 35% de estos, siendo propicios para un 65% de los pacientes.

A modo de síntesis podemos señalar que tanto en las dos más importantes áreas de funcionalidad consideradas, funciones corporales y actividad y participación los la información global, si el 53% de la población presentó una mejoría en todas las dimensiones de la primera de estas y un 58% alcanzó una



mejora en todas las dimensiones que integran el área de actividad y participación, la incorporación de estrategias de rehabilitación psicosocial con inclusión socio comunitaria resultan eficaces en los procesos de recuperación de las condiciones de salud, inclusive en aquellos TMS (trastornos mentales severos) que manifiesten situaciones de internación prolongada de larga data. El porcentaje de población que ha presentado una desmejora en ambas variables o no ha manifestado cambios favorables suma un total del 17% que comparado con quienes han presentado una mejora en algunas áreas y quienes han tenido una mejora significativa en sus capacidades funcionales corporales es de un total de un 95% mientras que la categoría de actividad y participación es de un 88% en total.

HOSPITAL JOSÉ T BORDA	
SERVICIO N-º 3 PROGRAMA DE REHABILITACION CON INCLUSION SOCIO-LABORAL-COMUNITARIA PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS Y SU FAMILIA (P.R.I.S)	
Prestaciones y Horas/operadores insumidas del 15/09/12 al 15/09/2013(Cabe destacar que esta tarea se puso desarrollar con los operadores sociocomunitarios contratados por la D.G.S.M. y con el aporte de 2 colaboradores asistenciales ad-honorem)	
PRESTACIONES	HORAS RELOJ
Taller de Actividades de la Vida Diaria (A.V.D)	180 hs
Taller de Actividades Básicas Instrumentales (A.B.I)	90 hs
Taller de Estimulación Cognitiva Nivel I	36 hs
Taller de Estimulación Cognitiva Nivel II	294 hs
Taller de Orientación Laboral/Ocupacional e Inserción Socio-Comunitaria.	343 hs
Asamblea de Convivencia Comunitaria	322 hs
Talleres Artesanales 1-º Nivel Intrahospitalario	
º Taller de pintura sobre macetas.	211hs
º Taller de construcción de alfombras artesanales.	212 hs
º Taller de construcciones de relojes de pared.	212 hs
º Taller de elaboración de cuadros con el empleo de distintas técnicas.	211hs
Talleres 2-º Nivel Intrahospitalario	
º Taller de Serigrafía Textil Artesanal	1504 hs
Taller de Organización de Tiempo Libre y Actividades Recreativas.	252 hs
Taller de Inclusión Familiar en la Rehabilitación	36 hs
Talleres en Espacios Comunitarios de Exposición de lo Elaborado	1.596 hs
Tareas de observación y meta-observación con pacientes	87 hs
Tareas de apoyo en acompañamientos de salidas programadas	98 hs
Exposición y Participación en Congresos	698 hs
Gestiones interinstitucionales con pacientes	110 hs
Registro de tareas	1.008 hs
Supervisión	672 hs
Formación continua (grupo d estudios y curso en la D.G.S.M.)	560 hs
Reunión de equipo	672 hs
OTALES	9.404 hs



5. Programas DGSM – Pacientes atendidos (Observación N° 14)

La DGSM durante el 2012 y en los programas propios que ejecutó y desarrollo con aporte directo (bajo el concepto de transferencias, caja chica y contratación de personal) asistió en atención directa a un total de 446 pacientes:

Pacientes	Programa
77	ADOP-ADOPI
21	Residencia Gorriti
5	Residencia Avellaneda
8	Residencia Pompeya
3	Departamento Asistido
157	Hogares
15	PRIS
160	Emprendimientos Sociales
446	Total

Asimismo, el Dispositivo Casa de Medio Camino, funciona en el Htal Borda y no recibe derivaciones.

En este análisis no se consideró el Programa TACA por ejecutarse en los efectores del sistema de salud y requerir solamente un contrato de la Dirección General.

De los Programas de Salud mental mencionados en el cuadro ut supra, en solo uno de ellos (ADOP_ADOPI) se registra la cantidad de pacientes que no fueron admitidos. En el resto, se desconoce si la demanda de atención fue cubierta y en qué porcentaje.

Observaciones

Observación N° 1)

- No se adecuó la estructura de la Dirección General de Salud Mental según lo establecido por Decreto 260 del 13 de junio de 2012.
- Los programas se desarrollan en la mayoría de los casos con personal en Comisión de Servicio con nombramiento en otros efectores del sistema, con personal contratado bajo suplencias de guardia o contratos. Esta situación acarrea una falta de estabilidad en la gestión de los programas. Las dificultades que se verificaron al respecto son:
 - ✓ Falta de nombramiento efectivo en cargo de conducción (en su totalidad nombrados en otra áreas)



- ✓ Falta de nombramiento de cantidad suficiente de profesionales según lo estipula el marco normativo de funcionamiento (**ver cuadro página 52**)
- No se obtuvo respuesta sobre cantidad de personal que se desempeña con suplencia de guardia y prolongación horaria.

Observación N° 2)

La Dirección General de Salud Mental no dispone de informes escritos de evaluación de los programas que implementa, ni de las reuniones mantenidas con los responsables de efectores tanto de Hospitales monovalentes como generales.

Asimismo, los Coordinadores Regionales de Salud Mental no cuentan con registros ni informes que permitan acceder a conclusiones de las reuniones mantenidas tanto dentro del Sistema de Salud como fuera.

Observación N° 3) Ley 448/00

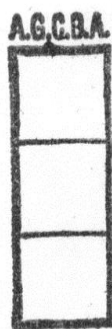
- La Dirección General de Salud Mental no convocó al Consejo General de Salud Mental de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 5° Inc. K) ni en la cantidad de reuniones ni en su conformación.
- No se cumplimenta con el Artículo 16° al faltar un registro centralizado de externaciones de pacientes.
- No se recibió información respecto a la elaboración de Protocolos de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 25° y 27 °
- Art. 5 Inc. d y e: No hay participación en la regulación, habilitación, categorización, acreditación y control de los establecimientos dedicados a la atención de la salud en el subsector de la Seguridad Social y Privado según la establecido por la Ley N° 153 Básica de Salud

Observación N°4) Presupuesto y modalidad de compra

- El Presupuesto de Salud Mental no cuantifica demandas a atender y no elabora Metas Físicas para la totalidad de sus Programas Presupuestarios. No cuentan con registros y análisis de demanda real o necesidad revelada (explicitada)
- Falta de previsión de otros mecanismos de compras (contrataciones directas, licitaciones) en atención a los reiterados requerimientos, de insumos (alimentos, ropa, útiles) y de servicios (limpieza) que permitan optimizar precios, conservar su calidad y utilizar las Cajas chica y Especial para demandas puntuales

Observación N°5) Transferencias .

- Del análisis de las transferencias surge una diferencia entre la documentación brindada por la DGSM y la Base de Transacciones 2012. La DGSM proporciona información errónea al incluir dentro de las transferencias a la Casona de los Barriletes que fue encuadrada dentro de una modalidad de contratación de locación de servicio, imputada a la Partida 3.5.2. del Programa 5 Actividades Comunes



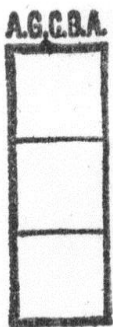
- De los Expedientes vistos en DGSM se verificó que en La Casona de los Barriletes:
 - Hacen referencia a un nuevo convenio que se encuentra en trámite por Expte. 372.904/2011/MGEYA. Sin embargo, la Dirección General y Técnica envió el convenio respectivo de fecha 2011(Un Expte. visto es del 2012 y otro de 2013)
 - Expte. 2.027.346/12: consta de 4 fojas, está incompleto, menciona algunos aspectos normativos, pero no consta listado de beneficiarios, ni liquidación respectiva y el encuadre normativo es el Decreto 556/10.
 - Expte. 120.671/13: se verificó una Factura que la Institución le realizó al GCBA en concepto de “prestaciones realizadas en el mes de Diciembre, correspondientes al Espacio Familiar Terapéutico”. Dicho concepto es muy impreciso y no quedan claras cuáles son las obligaciones de las partes. El encuadre normativo es el Decreto 556/10.
 - En los Expte. 120.671/13 y 2.027.346/12 se contrató por el procedimiento establecido en Dec. 556/10 y no obran ni pliego ni contrato que regule las obligaciones entre las partes. Además, se verificó la prestación regular durante el período 2012 pudiendo haberse efectuado en ese lapso otra modalidad de contratación.⁵

Observación N° 6) Plan de Salud Mental

- Si bien el Plan de Salud Mental (2007-2011) pone énfasis en la rehabilitación y reinserción social de los pacientes con trastornos mentales a través de dos opciones: Casas de Medio Camino y las Familias Sustitutas, se verificó que:
 - ✓ No se implementó la propuesta de Familias Sustitutas
 - ✓ Durante el 2012 el Programa Residencias contó con 2 sedes de Residencias Protegidas y ningún Departamento Asistido.
- No fue proporcionada información sobre cantidad de asistentes a cursos de capacitación y actividades realizados en el año 2012.
- La DGSM no cuenta con Plan de Salud Mental 2012-2016 (presentó lineamientos generales) en donde se establezcan objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo y detalle de procedimientos y recursos adecuados para alcanzarlos.

Observación N° 7) Convenios

- En el caso de Fundación Vivencia se arma expediente con liquidación sin firma previa de convenio (convenio en trámite desde antes del 2012)



⁵ El Dec. 556/10 se utiliza para cuestiones de imprescindible necesidad, operaciones impostergables que puedan ser gestionados desde su inicio a través de los procedimientos vigentes en materia de compras y contrataciones del Estado o mediante el régimen de cajas chicas

- La Casona de los Barriletes es un Espacio Familiar Terapéutico Ambulatorio con Convenio firmado en 2011. Las prestaciones mayoritarias según Proyecto Institucional se relacionan con acciones del equipo interdisciplinario y del equipo de acompañantes contratados para tal fin. Sin embargo, el Artículo Octavo del Convenio firmado expresa: Se excluye del uso del subsidio gastos de administración, personal o capital, sin excepción.
- Los pacientes de La Casona de los Barriletes no cuentan con seguimiento de los profesionales de la Dirección como en los casos de Hogares con convenio de internación

Observación N° 8 . Programa Residencias

Residencia Protegida Gorriti

- La Coordinadora no cuenta con nombramiento efectivo
- No cuenta con Psicólogos ni Psiquiatras de acuerdo a lo establecido por la DGSM
- No cuenta con detectores de humo y luz de emergencia
- Los informes estadísticos no se elevan a la Dirección General de Salud Mental.

Departamento Asistido Av. San Juan

- La Coordinadora no cuenta con nombramiento formal.
- No cuenta con profesional con formación en rehabilitación (Psicólogo, Sociólogo etc) de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Salud Mental

Observación N° 9 . Programa Emprendimientos Sociales

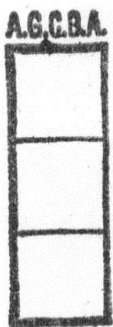
- No se han logrado convenios marco con actores comunitarios de las áreas institucionales del GCBA
- No se implementó el Consejo de Emprendimientos Sociales de acuerdo a lo establecido por Resolución 893/07

Observación N° 10 . Servicio de Atención telefónica

- De acuerdo al promedio diario de llamadas registradas en los dos programas (16 llamadas en SMR y 12 en SADA) se verificó una subutilización del servicio.
- La Red de Servicios de Salud Mental que utilizan para orientar y derivar es del 2011 y no figuran direcciones de la Pcia de Buenos Aires ni del resto del país

Observación N° 11) Atención Psicológica programada domiciliaria ADOPP- ADOPPI

Falta de espacio físico, de equipamiento informático y de elementos de trabajo que mejoren las condiciones de archivo y resguardo de información de pacientes en la DGSM.



Observación N° 12) . Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental

- La Dirección General de Estadísticas del Ministerio de Salud cuenta con información de todos los efectores de Salud Mental en tanto el Programa de Epidemiología solamente de 9 efectores. Del total de los pacientes atendidos en esos efectores (13.704 pacientes) el Programa solo consideró el 22.37% (3.066 pacientes)
- La diferencia de los datos entre ambos registros va desde un mínimo de 54 pacientes (Htal. Argerich) a un máximo de 4723 (Htal. Rivadavia)
- La Ley 448 Artículo 5 establece que “ *Para estos estudios e investigaciones se crea un equipo de trabajo que invitará a la Facultad de Ciencias Sociales, Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires*” La DGSM implementó un programa piloto conjuntamente con la Dirección General de Estadísticas

Observación N°13) Hogares Conveniados

- No se encontraron en los biblioratos las Fichas de Seguimiento de Pacientes de las siguientes instituciones: Apand y CEPREAP
- En el 45,45% (30 casos de 66) de los legajos analizados no constaban los informes trimestrales tal como lo establece el Convenio con ONGs

Observación N° 14) Análisis de cobertura – Programas DGSM

- Los programas propios que ejecutó y desarrollo la DGSM con aporte directo (bajo el concepto de transferencias, caja chica y contratación de personal) no registran si la demanda fue atendida en su totalidad o en qué porcentaje de admisión (a excepción del Programa Adop-Adopi)

IV. RECOMENDACIONES

1) 8) Adecuar la estructura de la Dirección General de Salud Mental a lo establecido por Decreto 260/12 y elevar formalmente el proyecto de modificación de su estructura real.

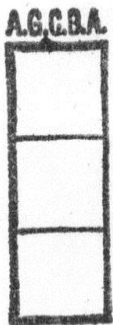
Dar formalidad a las funciones de Coordinador/ Responsable en las áreas /efectores bajo su órbita y procurar completar el plantel profesional.

Contar con registros completos de personal

2) Aumentar e implementar registros escritos de evaluación de los programas como herramientas de monitoreo de su gestión

3) Efectivizar en tiempo y forma el funcionamiento del Consejo General de Salud Mental, la elaboración de Protocolos y la participación de la DGSM en sus funciones de articulación con los diferentes subsectores.

4) Elaborar Metas Físicas para la totalidad de sus Programas Presupuestarios e implementar otros mecanismos de compra que permitan optimizar precios y calidad.



5) Adjuntar datos completos de beneficiarios en los Expedientes girados a la Dirección General de Contaduría.

Regularizar los mecanismos formales de asignación de recursos a través de transferencias y contrataciones a organizaciones no gubernamentales

6) Elaborar un Plan de Salud Mental en donde se establezcan objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo y detalle de procedimientos y recursos adecuados para alcanzarlos.

Llevar registros de participantes de las propuestas de capacitación en forma adecuada y completa.

7) Dar cumplimiento a la normativa vigente y disponer de acciones de seguimiento, por parte de los profesionales del área, a todos los efectores y prestadores.

9) Lograr convenios marco con actores comunitarios de las áreas institucionales del GCBA e implementar el Consejo de Emprendimientos Sociales.

10) Dotar al programa de una Red de Servicios más adecuada para orientar y derivar a sus usuarios y aumentar su utilidad.

11) Tender a mejorar las condiciones de espacio físico, equipamiento, archivo y resguardo de información de pacientes

12) Aumentar el número de efectores bajo el Programa de Epidemiología y dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 448 Art. 5°.

13) Mantener un archivo completo de pacientes y organizaciones bajo Programa Hogares Conveniados.

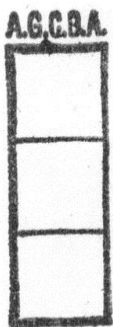
14) Registrar la demanda en su totalidad a fin de poder evaluar el porcentaje de cobertura de los programas de la DGSM.

V. CONCLUSIÓN

La Dirección General de Salud Mental en el marco de la Ley N° 448 de Salud Mental y del Presupuesto 2012 y 2013, mantiene una serie de objetivos generales del orden de definir, planificar, ejecutar y controlar las políticas de salud mental, coordinar con otras jurisdicciones y efectores, diseñar programas y refuncionalizar el sistema de salud mental promoviendo la desinstitucionalización, rehabilitación y reinserción social de los pacientes. A tal fin, por Decreto 260 del 2012 se aprobó una nueva estructura de la Dirección.

Se desprende del relevamiento de auditoria que el funcionamiento del ente auditado mantiene una estructura informal y en este contexto, se destacan en el informe precedente los siguientes puntos críticos:

- En su mayoría los programas se desarrollan con personal en Comisión de Servicios, sin nombramiento efectivo en los cargos de conducción,
- Falta un Plan de Salud Mental acorde a los requerimientos de la normativa vigente y registros que den cuenta de acciones de evaluación y monitoreo por parte de los responsables de las áreas
- Falta de conformación del Consejo General de Salud Mental
- En aspectos presupuestarios se destaca la ausencia de determinación de Metas Físicas, de previsión de otros mecanismos de compra, de una



correcta asignación presupuestaria y encuadre normativo, y de una completa confección de expedientes.

A modo de síntesis, existe una distancia pronunciada entre lo que se espera de la Dirección General de Salud Mental, según el marco normativo, y su conformación real. Es necesario establecer una estructura con mayores niveles de formalidad, de registro y de presupuesto para dar cumplimiento más acabado a la normativa vigente.

