



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 9.17.06

POLÍTICAS SOCIALES EN ADICCIONES

Auditoría de Gestión

Período 2016

Buenos Aires, Mayo 2020

AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jean Jaures 220 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presidenta

Dra. Mariana Inés Gagliardi

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Dr. Pablo Clusellas

Dr. Juan José Calandri

Lic. María Raquel Herrero

Dr. Daniel A. Presti

Dr. Lisandro N. Teskiewicz

CÓDIGO DEL PROYECTO: 9.17.06

NOMBRE DEL PROYECTO: Políticas Sociales en Adicciones

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2016

FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME: Marzo de 2020

EQUIPO DESIGNADO:

DIRECTORA DE PROYECTO:

Lic. Edurne Labiaguerre (hasta el 31/12/2019)

Lic. Natalia Indelicato (desde el 01/01/2020)

SUPERVISOR: Mg. Nuria García Wolff

OBJETO: Programa N° 71 Políticas Sociales en Adicciones, actividades 3, 4 y 5.

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 27 DE MAYO DE 2020

APROBADO POR: UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N°: 187/20

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión del Informe de Auditoría	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mayo de 2020					
Código del Proyecto	9.17.06					
Denominación del Proyecto	Políticas Sociales en Adicciones					
Objeto	Programa N° 71 Políticas Sociales en Adicciones: actividades N° 3 (Centros de Prevención Comunitarios), N° 4 Observatorio de Adicciones y N° 5 (Centro de Atención de Adicciones).					
Objetivo	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficacia y eficiencia.					
Unidad Ejecutora	Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano, Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones.					
Alcance	El examen fue realizado de conformidad con las normas de la AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, aprobadas por la Ley 325 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Resolución AGC N° 161/00, y de acuerdo al Plan Anual de Auditoría aprobado mediante Resolución AGC N° 363/16, modificada por Resolución AGC N° 289/17.					
Presupuesto distributivo 2016 de créditos	Presupuesto del Programa auditado Ejercicio 2016 (Jurisdicción 45. UE 7012).					
	Pro g	In c	Descripción	Sanción (\$)	Vigente (\$)	Devengado (\$)
	71		Políticas Sociales En Adicciones	77.297.742,00	76.114.046,00	74.263.619,20

	71	1	Gastos En Personal	8.296.651,00	9.450.472,00	9.450.466,80
	71	2	Bienes De Consumo	577.892,00	1.272.740,00	1.272.737,70
	71	3	Servicios No Personales	18.170.602,00	18.392.237,00	18.101.719,06
	71	4	Bienes De Uso	904.350,00	860.350,00	429.213,64
	71	5	Transferencias	49.348.247,00	46.138.247,00	45.009.482,00
Tareas de campo	Las tareas de campo se realizaron entre el 20 de abril de 2018 y el 19 de junio de 2019.					
Principales conclusiones	Del examen efectuado se concluye principalmente la necesidad de ampliar la oferta de dispositivos de Asistencia que dispone la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones; especialmente respecto a modalidades establecidas en la Ley de Salud Mental. Paralelamente, se ha detectado la importancia de mejorar las instancias y mecanismos de supervisión de los tratamientos y de las historias clínicas por parte de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, incluyendo a la totalidad de organizaciones con convenio y a los efectores propios. Por otro lado, se detectó la relevancia de contar con especialistas para supervisar la planta física y las condiciones de habilitación. También con Lic. en Nutrición en aquellos que brindan prestación alimentaria. Respecto a los convenios con organizaciones a cargo de los tratamientos, se desprende la importancia de: controlar el cumplimiento de la presentación de documentación antes de la suscripción y perfeccionar los modelos en términos prestacionales y en los criterios para la definición y actualización de los montos de subsidios. Se han evidenciado, además, diferentes falencias de índole presupuestarias, como la responsabilidad de la Administración por la utilización de modalidades de contratación de excepción sin una adecuada justificación, la incorrecta imputación de gastos; entre otras. En Prevención se ha subrayado la falta de ampliación de las actividades a la totalidad de las Comunas, y de la constancia de planes estratégicos y de documentos diagnósticos. A ello se suma la necesaria existencia de					

	indicadores de gestión para la Dirección y sus actividades, y la adecuación de la cuantificación de la programación y ejecución de las metas para dar cuenta del alcance real del Programa. Es de destacar que al finalizar la labor de esta auditoría la Dirección General de Adicciones ha implementado acciones correctivas para mejorar su gestión: entre las que se destaca la aprobación formal de su Protocolo General de Intervención (Disposición N° 455-2019). También al término del examen se han realizado avances en la formalización de protocolos internos; la centralización y sistematización de datos estadísticos; el diseño del sistema de registro y gestión de beneficiarios; el aplicativo de liquidación de pagos a prestadores; la difusión de contenidos en la página web del GCBA.
Principales Observaciones	1. Normativa 1.1. Protocolos de intervención para dispositivos y sectores de la DGPSA 1.1.2. El protocolo aprobado para la Gerencia Operativa de Prevención Social no incluye los procedimientos y circuitos para el desarrollo de sus funciones y acciones, ni las articulaciones con las áreas, sectores y dispositivos dependientes de la Gerencia de Asistencia Social 3. RRHH de la DGPSA 3.1. Dotación de RR.HH. de la DGPSA 3.1.1. La dotación efectiva de los dispositivos propios no garantiza en el período auditado la conformación mínima prevista en las leyes de Salud Mental: equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, trabajador social y psiquiatra. 3.1.4. La DGPSA no cuenta con especialista en infraestructura / arquitectura ni higiene y seguridad y nutrición para la supervisión de instituciones conveniadas. 4. Análisis presupuestario / contable 4.3. Sistema informático para liquidación de pagos El sistema informático (aplicativo) que genera la liquidación: 4.3.1. Está condicionado a la información suministrada por los prestadores (principalmente respecto a los egresos y prestaciones ambulatorias), salvo en las épocas del año en las cuales se efectúan las supervisiones. 4.3.3. No incluye información respecto a los centros ambulatorios y de internación denominados “proyectos comunitarios”: no se ha instaurado ningún circuito interno de control de liquidación administrativo para estas organizaciones a las que se les abona una suma fija por determinada cantidad de personas (capacidad funcional).

4.4. Carpetas de pago de la muestra

Observaciones generales

4.4.2. Actividad N°3: se constató que de los \$7.339.448,07 tomados como muestra, el 66% (\$4.879.696,00) no se corresponde con gastos correspondientes a dicha actividad.

4.4.3. Actividad N°4: el monto tomado como muestra fue de \$1.349.000,34, de los cuales el 82% (\$1.108.008,34) no se corresponden con gastos destinados para la actividad.

4.4.4. Actividad N°5: el monto de la muestra fue de \$7.855.778,50, el 12% del mismo (\$966.451,50) se utilizó para gastos que no se corresponden con la actividad auditada.

Análisis de las carpetas de pago de la muestra

4.4.5. De los gastos efectuados por un monto total de \$ 16.589.263,91, el 39.40% (\$6.536.524,89) se corresponden a servicios redestinados a otras áreas o dependencias del Ministerio o a servicios efectuados por fuera del período de auditoría.

4.4.6. El 100% de los gastos imputados para las actividades 3 y 5 se aprobaron mediante la aplicación del Dec. N° 556/10, incumpliendo la normativa vigente en materia de compras y contrataciones. En la actividad 4, el incumplimiento se ve reflejado en el 78.59% del monto analizado.

Subsidios a organizaciones conveniadas

4.4.10 Subsidios Instituciones Adicciones (por \$6.805.824,00) - (5.1.3) Act 5:

- En el 100% de las transferencias imputadas (\$6.805.824,00) no consta la facturación respaldatoria.
- El 48,6% (\$3.311.376,00) de los subsidios otorgados no poseen el acto administrativo que respalde la aprobación del gasto.
- El 68,09% (\$4.634.490,00) se corresponde con transferencias a proyectos comunitarios. En la totalidad de dichos expedientes no consta la documentación respaldatoria que dé cuenta fehaciente del destino de los fondos otorgados.
- La modalidad de efectivizar el subsidio de Fundación Niños de la Argentina no se corresponde con la modalidad que brinda (internación en comunidad terapéutica): se abona por monto fijo global sin contemplar cantidad efectiva de vacantes ocupadas o personas que asistan al tratamiento.

5. Metas físicas / Informes trimestrales de gestión

5.1. Metas programadas 2016

5.1.1. Las metas programadas no se determinan en función de la necesidad pública, en proyecciones de población potencial y/o en términos de la población destinataria a partir de criterios de elegibilidad del Programa.

5.2. Metas ejecutadas 2016

5.2.1. No se identifica la cantidad de personas distintas a nivel Programa y/o en cada Actividad (bajo tratamiento de rehabilitación y en prevención).

6. Informes de gestión / población potencial

No se han elaborado informes de gestión en 2016 que incluyan indicadores para medir los resultados de la gestión de la DGPSA.

7. Acciones de Prevención

7.1. Centros de prevención

7.1.2. El desarrollo de actividades de prevención se lleva a cabo en dispositivos que dependen de la Gerencia Operativa de Asistencia Social con domicilio en las comunas: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14 y 15; sin presencia en las restantes: 2, 9, 10, 11, 7 y 13.

8. Acciones de Asistencia Social a cargo de la DGPSA

8.1. La oferta de Asistencia de la DGPSA no incluye modalidades previstas en el artículo 14° de la ley de Salud Mental de la CABA que facilitan la reinserción social y sociolaboral una vez externados del tratamiento: casas de medio camino, emprendimientos sociales, centros de capacitación. Algunas de las organizaciones conveniadas de internación brindan estas modalidades pero no se han suscripto los convenios correspondientes.

10. Convenios con organizaciones que brindan asistencia en adicciones

10.1. Modelos de convenios

El modelo de convenio vigente en 2016 (de acuerdo al Decreto N° 165/2013) no especifica:

10.1.1. Fechas precisas de presentación de informes.

10.1.2. Las sanciones que el Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano puede aplicar. .

10.1.4. La presentación de informes mensuales evolutivos periódicos que, de hecho la DGPSA solicita a sus organizaciones de internación y ambulatorias.

10.1.5. Los convenios suscriptos no contemplan a la población adulta como población destinataria.

10.2. Montos de las becas

No existe un criterio basado en parámetros e indicadores técnicos, ni de organismos reguladores, para fijar y actualizar los montos de las becas de cada una de las modalidades de las prestaciones brindadas.

11. Circuito de Admisión y Derivación, Evaluación (ASA)

No se ha instrumentado:

11.1. Un circuito de registro ante el caso de negativas de las instituciones a las solicitudes de vacantes.

11.2. Mecanismos de comunicación y/o un circuito formal entre el equipo de ASA y las organizaciones conveniadas para el conocimiento de los cambios respecto a los proyectos y las propuestas terapéuticas durante la vigencia de los convenios.

11.3. Mecanismos formales de supervisión del proceso de gestión del recurso por parte de la Coordinación y Gerencia Operativa, lo cual implica debilidades del ambiente de control interno.

11.4. Mecanismos de articulación con los centros ambulatorios y de internación denominados “proyectos comunitarios” para la derivación y evaluación de tratamientos de internación.

11.5. Casa Puerto ha tenido vacantes (subocupación) durante el período auditado -y hasta la finalización de las tareas de campo- y paralelamente se ha derivado a dispositivos conveniados.

15. Habilitaciones sanitarias en organizaciones de internación de la muestra

En tres de las cuatro (75%) organizaciones de la modalidad de internación la capacidad de ocupación o la disponibilidad supera la prevista en la habilitación sanitaria (Ananké, El Reparo y El Candil).

17. Informes evolutivos

17.1. Observaciones generales

17.1.2. No hay registro de la supervisión de los informes evolutivos presentados por parte de la de conducción de la DGPSA.

17.1.3. No existe constancia de la elaboración de informes por parte de los dispositivos propios respecto a la evolución de las personas en tratamiento, elevados a los superiores jerárquicos, salvo en el 48% de los 21 casos relevados en la muestra de Casa Puerto.

17.1.4. A las organizaciones conveniadas con modalidad de subsidio mensual fijo no se les ha solicitado la presentación de informes de rendición de cuentas por la percepción de los subsidios, como prevé el convenio.

18. Informes de supervisión de la DGPSA

18.1. Observaciones generales:

18.1.1. De un total de 23 organizaciones conveniadas de asistencia, 9 no han sido objeto de supervisión por parte de la DGPSA durante el período auditado (las ambulatorias y de internación denominadas “proyectos comunitarios” y la comunidad terapéutica Fundación Niños de la Argentina. Representan el 39,13% de las organizaciones conveniadas con prestación de asistencia.

18.1.2. En el 33% de los dispositivos que la DGPSA supervisó no se cumplió con la periodicidad mínima prevista en la normativa: 4 supervisiones por año.

18.1.3. No existe constancia durante el período auditado de supervisiones a los dispositivos dependientes de la DGPSA

18.3. Frecuencia de las supervisiones en organizaciones de la muestra / Días de permanencia en el tratamiento:

Del total de personas en establecimientos de la muestra: se realizó la supervisión durante el tratamiento del 49,8% del total. Del análisis efectuado se evidencia que la periodicidad y cantidad mínima de las supervisiones no se ajusta a los tiempos reales de permanencia en el tratamiento.

19. Planta física

Dispositivos propios de la muestra

19.1. Consideraciones generales

19.1.1. Los dos efectores de la muestra (Casa Puerto y Casa Lucero) carecen de mantenimiento preventivo (funciones a cargo de la Dirección General de Infraestructura Social). Esta situación ha aparejado consecuencias negativas en la conservación edilicia de ambos establecimientos.

19.1.4. No cuentan con personal de mantenimiento en su dotación para tareas de reparaciones menores.

19.4. Organizaciones conveniadas de la muestra

19.4.1. Respecto a las condiciones de la planta física y de seguridad durante el procedimiento en las organizaciones El Palomar, Ananké Lanús, El Reparó San Miguel y El Candil:

- En el 100% de los establecimientos los baños presentan elementos faltantes o grifería / accesorios en mal estado de conservación.
- En el 100% faltan protecciones anticaídas en luminarias.
- El 100% de los establecimientos presentan falta de mantenimiento y control de los sensores y luces de emergencia.
- En el 75% de los establecimientos (salvo El Palomar): falta de estudio de carga de fuego que garantice la cantidad de extintores y señalética de salida.
- En el establecimiento El Reparó se verificó el depósito de sustancias combustibles en condiciones peligrosas de almacenamiento (en el interior de espacios sin ventilación).
- Las instalaciones eléctricas de las organizaciones Ananké, El Reparó y El Palomar (75% de las visitadas) presentan deficiencias que deberían repararse para evitar sobre cargas y corto circuitos.
- En la organización Ananké la ubicación de las estufas cercanas al acceso constituye un riesgo de incendio latente.

20. Prestación alimentaria

20.1. Dispositivos propios dependientes de la DGPSA (Casa Puerto y Casa Lucero)

Se observa el incumplimiento del Art. 45° del Pliego de Bases y Condiciones (PBC) respecto al remito de mercadería que provee la empresa BAGALA S.A: no incluye el N° de lista ni menú a elaborar con los alimentos que se detallan.

De los 7 servicios de alimentación brindados (4 servicios en Casa Puerto y 3 servicios en Casa Lucero):

- En 3 de ellos (43%) no cumplen con el mosaico de menú programado de acuerdo al Anexo A del PBC por reemplazo de componente o por faltante.
- Se comprobó déficit de gramaje por ración en ambos centros en función de lo establecido en el Anexo A PBC: en Casa Puerto, la ración de carne estofada cubre un 41 % del gramaje establecido por pliego (faltante de 59%) lo que representa un déficit de 118 gramos de carne por ración; en Casa Lucero, la ración de flan de vainilla cubre un 64% (faltante del 36%) lo que representa un déficit de 83 gramos del postre por ración.

20.2 Comunidades Terapéuticas conveniadas:

20.2.3. Espacio destinado al depósito de los alimentos en stock

- Falta de higiene general en El Palomar, El Reparo y El Candil. En este último se observaron vectores (cucarachas) sobre cajas de alimentos sobre el piso. En el Reparo se observó la presencia de vectores (moscas).

20.2.6. Alimentos vencidos y en sobre stock

- En Ananké: se comprobó en la heladera y se retiraron de la misma, alimentos con su fecha de durabilidad vencida: yogurt firme (vencimiento 02/11/2018), postre arroz con leche (vencimiento 11/09/2018), yogurt firme (vencimiento 26/11/2018), alfajores (vencimiento 14/11/2018), barras de arroz (vencimiento 02/12/2018 y 13/11/2018) y obleas de arroz (vencimiento 14/11/2018).
- En El Candil: se observó falta rotación del stock de alimentos perecederos conservados en depósito. Se encontró: sobre stock de mayonesa (vencimiento 08/12/2018), Vitina (cajas por 250 gr. sin fecha de caducidad), cajas de premezcla para torta (vencimiento 4/10/2018: vencida), cajas de Sopa Quick (vencimiento 11/11/2017: vencida), galletitas crackers (vencimiento 18/11/2018: vencida), bolsa a granel de 25 kg. de garbanzos proveniente del banco de Alimentos (vencimiento 26/11/2018: vencida).
- En El Palomar: se verificó sobre stock de los alimentos vencidos: mayonesa (vencimiento 02/12/2018: 10 cajas de 20 unidades de sachet); cubos de caldo (vencimiento 27/04/2018: 39 cajas de 24 cubos), fiambre para emparedado (vencimiento 29/11/2018: 1 horma de peso aproximado 6 kg.).

20.2.9. Conservación de alimentos

- En El Reparo: se observaron alimentos conservados en el interior de los equipos de frío sin protección física potenciando el riesgo de contaminación cruzada entre ellos.

En El Candil:

- Se comprobó la falta de rotulación en la conservación de las carnes dentro de los equipos de frío a temperatura de congelamiento, desconociendo su procedencia y durabilidad.
- Existencia de riesgo de contaminación cruzada al conservar en el mismo equipo de frío y en contacto directo carne vacuna cruda sin rotular con postres lácteos listos para consumir.

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
“POLÍTICAS SOCIALES EN ADICCIONES”
PROYECTO N° 9.17.06**

DESTINATARIO

Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdor. Diego César Santilli
S _____ / _____ D _____

En uso de las facultades conferidas por la Ley N° 70, artículos 131, 132 y 136, relacionadas con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES procedió a efectuar una auditoría de gestión en el ámbito de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones dependiente del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano; con el objeto y objetivo que a continuación se detallan:

I. OBJETO

Programa N° 71 – Políticas Sociales en Adicciones, actividades 3, 4 y 5.

Cuadro 1: Presupuesto para el Programa auditado Ejercicio 2016

Jur	UE	Prog	Inc	Descripción	Sanción	Vigente	Devengado
45	7012	71		Políticas Sociales En Adicciones	\$ 77.297.742,00	\$ 76.114.046,00	\$ 74.263.619,20
45	7012	71	1	Gastos En Personal	\$ 8.296.651,00	\$ 9.450.472,00	\$ 9.450.466,80
45	7012	71	2	Bienes De Consumo	\$ 577.892,00	\$ 1.272.740,00	\$ 1.272.737,70
45	7012	71	3	Servicios No Personales	\$ 18.170.602,00	\$ 18.392.237,00	\$ 18.101.719,06
45	7012	71	4	Bienes De Uso	\$ 904.350,00	\$ 860.350,00	\$ 429.213,64
45	7012	71	5	Transferencias	\$ 49.348.247,00	\$ 46.138.247,00	\$ 45.009.482,00

Fuente: Distributivo de créditos Ley de Presupuesto 2016

II. OBJETIVO Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia.

III. ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de la AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, aprobadas por la Ley 325 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Resolución AGC N° 161/00, y de acuerdo al Plan Anual de Auditoría aprobado mediante Resolución AGC N° 363/16, modificada por Resolución AGC N° 289/17.

3.1. Para la realización de este análisis se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

- Análisis de normativa, información y documentación suministrada por la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones (DGPSA), organismos del GCBA y del Gobierno Nacional.
- Análisis de la dotación de Recursos Humanos asignados al desarrollo de las actividades.
- Informes gestión y evaluación, así como de indicadores de consumo de sustancias.
- Análisis de estadísticas y bases de datos.
- Análisis de legajos de RR.HH. de la dotación de la DGPSA.
- Análisis del relevamiento y la documentación brindada por las organizaciones en procedimientos in situ.
- Expedientes de muestra de convenios en la DG de Contaduría General del GCBA y análisis de convenios suscriptos.
- Entrevistas con responsables de conducción de la DGPSA, con responsables de organizaciones conveniadas y coordinadores de dispositivos dependientes de la DGPSA.
- Procedimiento in situ en muestra de organizaciones conveniadas con la DGPSA y dispositivos propios dependientes de la DGPSA. Relevamiento de prestaciones y planta física.
- Análisis de normativa aplicable, estructura, programación y ejecución de metas físicas e informes de Evaluación de la Cuenta de Inversión,
- Relevamiento del circuito de la gestión del recurso (admisión, evaluación y derivación a organizaciones)
- Relevamiento y análisis de las supervisiones efectuadas por la DGPSA a organizaciones que brindan asistencia.

En el marco del análisis presupuestario se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

- Recopilación de la normativa presupuestaria vigente.

- Análisis de la información contable y presupuestaria recibida conforme el siguiente detalle:
- Presupuesto aprobado, modificaciones de crédito, crédito vigente, programación anual física y financiera.
- Análisis de la descripción del Programa presupuestario.
- Listado de transacciones efectuadas.
- Listado de contrataciones iniciadas y/o ejecutadas en el período.
- Gastos realizados mediante la aplicación del Decreto N° 556/2010 y 752/2010.
- Gastos realizados mediante la utilización de cajas chicas comunes y/o especiales.
- Plan Anual de compras y contrataciones.
- Procedimientos internos, correspondientes a circuitos administrativos contables.
- Validación del universo de transacciones con las diferentes fuentes de información.
- Validación de la información suministrada por la Dirección General de Contaduría General y la obtenida del Listado de Transacciones del Sistema SIGAF correspondiente al año 2016.
- Análisis de las modificaciones presupuestarias y de ejecución presupuestaria, adecuación de las imputaciones realizadas y la documentación respaldatoria, en función de la normativa presupuestaria vigente.
- Recolección de evidencia y/o documentación adicional.

Las tareas de campo se realizaron entre el 20 de abril de 2018 y el 19 de junio de 2019.

3.2. Determinación de las muestras

Muestra de organizaciones / dispositivos para procedimientos:

Del total organizaciones conveniadas se seleccionó una muestra de 8 organizaciones (33%), cubriendo las distintas modalidades de atención, como se expresa en el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Muestra de dispositivos conveniados

Establecimientos	Total	Muestra
Ambulatorios	5	2
Comunidades terapéuticas	10	4 (2 duales y 2 de internación en adicciones)
Proyectos comunitarios (centros barriales ambulatorios o internación)	9	2
TOTAL	24	8

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Del conjunto de organizaciones conveniadas, la muestra quedó conformada por los siguientes establecimientos, según los criterios que se describen a continuación, a partir del relevamiento previo efectuado por el equipo de auditoría:

Cuadro 3: Muestra de organizaciones conveniadas

Modalidad de atención	Criterios de definición muestra	
Ambulatorio	Fundación Manantiales	Por la amplitud de la franja etaria de personas en tratamiento.
		Con adultos mayores
	Fundación Convivir	Con mayor cantidad de derivaciones dela DGPSA en 2016
		Con niños de menor edad (14 años)
Internación en adicciones	Asociación Civil Palomar	Por la amplitud de la población en tratamiento: niños, jóvenes y adultos. Es el único que no formó parte de la muestra del Informe anterior (9.15.05) al cual fueron derivados varones y mujeres.
	El Reparo (sede San Miguel)	No formó parte de la muestra del informe anterior: Por haber sido supervisado 5 veces por la DGPSA en 2016.
Internación dual ¹	Asociación Civil Ananké (Lanús)	Por no formar parte de las organizaciones conveniadas en el informe anterior. Por su perfil poblacional: mujeres y embarazadas.
	Fundación Candil	En la modalidad, por su ubicación lejana (Pilar) y por haber recibido pocas derivaciones.
Proyectos comunitarios	Asociación Civil Hay otra Esperanza	Por la modalidad (ambulatoria, con distintas prestaciones. Se consideró el informe del CDNNyA. Ubicado en zona de influencia de la Villa 1-11-14.
	Organización Parroquia Virgen de los Milagros Caacupé	Por su modalidad (centro barrial de atención por adicción a sustancias de alta toxicidad. Desarrolla acciones desde una perspectiva espiritual y psicosocial para niños, niñas y jóvenes de la Villa 21-24, NHT Zavaleta.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Dispositivos propios:

Para los procedimientos de auditoría también se seleccionó una muestra de dispositivos propios dependientes de la DGPSA, a partir de las distintas modalidades de atención, como se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Muestra de dispositivos propios de la DGPSA

Dispositivo de la muestra	Modalidad de atención	Total de dispositivos de la cada modalidad	Criterios de definición de la muestra
Casa Puerto	Internación	1	Es el único de la modalidad
Casa Lucero	Ambulatorio (centro de día)	2	Por no formar parte de la muestra del informe anterior
CIAC San Cristóbal	Ambulatorio (Centro ambulatorio –	8	El que mayor cantidad de población atendió en el período auditado (de los centros en funcionamiento). Allí funciona la coordinación de los CIACs.

¹ Internación dual: a la necesidad de internación por consumo patológico de sustancias se le suma un abordaje por patología psíquica.

	consultorios externo)		
3		11	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Es de destacar que la muestra de 3 dispositivos se ha seleccionado a partir de un total de 11 efectores (37,50%):

- 1 dispositivo de internación (Casa Puerto)
- 2 dispositivos ambulatorios de modalidad centros de día (Casa Lucero y Casa Flores) y
- 8 Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIACs) que brindan atención ambulatoria de modalidad en consultorio externo.

Muestra historias clínicas:

Se procedió a seleccionar una muestra de historias clínicas de personas en tratamiento durante el periodo auditado en organizaciones conveniadas y dispositivos propios, a partir de la aplicación de un muestreo aleatorio probabilístico, obteniéndose la siguiente distribución:

Cuadro 5: Muestra de historias clínicas			Total de personas en tratamiento	% de la muestra
Dispositivos propios	Casa Lucero	13 historias clínicas	21	
	Casa Puerto	21 historias clínicas	72	
	CIAC San Cristóbal	10 historias clínicas	23	
Total		44	116	37,9

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 6: Muestra de historias clínicas			Total de personas en tratamiento	% de la muestra
Organizaciones conveniadas	Fundación Convivir	11 historias clínicas	78	
	Fundación Manantiales	7 historias clínicas	88	
	El Reparo (San Miguel)	16 historias clínicas	41	
	Asociación Civil El Palomar	9 historias clínicas	23	
	Fundación El Candil	6 historias clínicas	9	
	Ananké (Lanús)	15 historias clínicas	45	
Total		64	284	22,5

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Muestra de legajos de RR.HH.:

Del total de la dotación de 151 recursos humanos de la DGPSA, se seleccionó una muestra de un total de 34 legajos (22,51%) adoptando un criterio probabilístico: 21 de planta permanente y transitoria, 10 de contratos de locación y 2 contratos UBA. De los

listados remitidos por la DGPSA, se seleccionó, por situación de revista, un agente cada cuatro, de manera aleatoria.

Muestra contable:

Para proceder a su selección se consideró la información suministrada en respuesta a la Nota AGCBA N° 1200/18, punto 1) Listado de transacciones correspondiente al Programa 71 (Act. 3, 4 y 5); y punto 2) Listado parametrizado de crédito a nivel de partida subparcial. El total devengado del Prog.71 – Actividades 3, 4 y 5- ascendió a \$74.263.619,20.

Actividad 3:

Tanto del inciso 2 como del inciso 3 se tomaron las partidas principales más relevantes. Del inciso 2, se tomaron de la partida 2-2-3, dos expedientes por ser aquella con mayor significatividad económica.

Del Inciso 3, se tomaron las partidas 3-3-5, 3-9-2 y 3-4-1, seleccionando en los dos primeros casos los expedientes de mayor significatividad económica. En el caso de la partida 3-4-1 (Contratos de Locación), se seleccionaron la mitad de los beneficiarios de manera aleatoria y un expediente de pago por cada uno de ellos.

Actividad 4:

Del inciso 3, se tomaron las partidas principales más relevantes. De las partidas 3-3-3, 3-3-5 y 3-7-8 y 3-4-1, se seleccionaron en los dos primeros casos los expedientes de mayor significatividad económica. En el caso de la partida 3-4-1 (Contratos de Locación), se seleccionaron la mitad de los beneficiarios de manera aleatoria y un expediente de pago por cada uno de ellos. De la partida 3-7-8 se tomaron la totalidad de los expedientes correspondientes a rendiciones de Cajas Chicas.

Actividad 5:

Tanto del inciso 2, 3 y 5, se tomaron las partidas principales más relevantes.

Del inciso 2, se tomó de la partida 2-9-1 el expediente con mayor significatividad económica.

Del Inciso 3, se tomaron las partidas 3-3-5, 3-9-2 y 3-4-1, seleccionando en los dos primeros casos los expedientes de mayor significatividad económica. En el caso de la partida 3-4-1 (Contratos de Locación), se seleccionaron la mitad de los beneficiarios de manera aleatoria y un expediente de pago por cada uno de ellos.

Del Inciso 5, se tomó la única partida presupuestaria, la cual representa un 93.05%. De la misma se seleccionó un expediente de cada uno de los beneficiarios tomando aquel que tenga más relevancia a nivel económico.

La muestra representa el 23% del monto total devengado del Programa 71 – actividades 3,4 y 5 la cual se detalle en el siguiente cuadro:

Cuadro 7: Muestra contable

Jur	UE	Prog	Act	Inc	Descripción	Devengado	Muestra	% Muestra
-----	----	------	-----	-----	-------------	-----------	---------	-----------

45	7012	71			Dir.Gral.Políticas Sociales			
					En Adicciones	\$ 74.623.619,20	\$ 16.853.161,51	23%
45	7012	71	3		Centro De Prevención Comunitarios	\$ 14.426.291,97	\$ 7.553.385,67	52%
45	7012	71	3	1	Gastos En Personal	\$ 1.793.665,83	\$ -	0%
45	7012	71	3	2	Bienes De Consumo	\$ 1.164.294,10	\$ 932.450,00	80%
45	7012	71	3	3	Servicios No Personales	\$ 11.039.118,40	\$ 6.620.935,67	60%
45	7012	71	3	4	Bienes De Uso	\$ 429.213,64	\$ -	0%
45	7012	71	4		Observatorio De Adicciones	\$ 3.808.915,73	\$ 1.349.000,34	35%
45	7012	71	4	3	Servicios No Personales	\$ 3.808.915,73	\$ 1.349.000,34	35%
45	7012	71	5		Centro De Atención De Adicciones	\$ 56.028.411,50	\$ 7.950.775,50	14%
45	7012	71	5	1	Gastos En Personal	\$ 7.656.800,97	\$ -	0%
45	7012	71	5	2	Bienes De Consumo	\$ 108.443,60	\$ 39.500,00	36%
45	7012	71	5	3	Servicios No Personales	\$ 3.253.684,93	\$ 1.105.451,50	34%
45	7012	71	5	5	Transferencias	\$ 45.009.482,00	\$ 6.805.824,00	15%

Elaboración propia en base a información suministrada por la OGEPY y la DGTAYL

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

4.1. En el marco de los procedimientos contables no fue suministrada una de las carpetas de pago solicitada a la Dirección General de Contaduría General por Nota AGCBA N° 1869/18 correspondiente a la empresa EMEVEVE S.A (servicios de limpieza) por un monto de \$168.897,60 (Actividad N° 3, partida 3-3-5). (Observación 4.4.1.)

4.2. No se tuvo acceso a las historias clínicas de la muestra de personas atendidas en la Fundación Manantiales durante 2016, dado que las mismas fueron extraviadas según constancia de documentación que así lo acredita, con fecha 30 de abril de 2018. La organización brindó, durante el procedimiento in situ historias clínicas de la misma cantidad de personas con tratamiento vigente a ese momento (de las 7 historias clínicas solicitadas 2 ingresaron en 2016: eran las únicas disponibles del período auditado). (Observación 14.2.)

4.3. Durante la definición de las muestras de organizaciones para la modalidad proyecto comunitario, de la información suministrada por la DG de Fiscalización y Control (AGC) y de informes del CDNNyA (tuvo lugar allí una denuncia por acoso), así como por la modalidad de pago (mensual) pero con prestación de internación se había seleccionado Fundación Niños de la Argentina. Además es la única de internación conveniada con sede en CABA. En el marco de la planificación de las visitas se informó que se había rescindido el convenio y por ello se debió reemplazar de la muestra. Ya finalizados los procedimientos

en campo, y con la documentación respaldatoria brindada, no se pudo constatar efectivamente la situación de la organización frente a la DGPSA². (Observación 16.1)

V. ACLARACIONES PREVIAS

5.1. Normativa aplicable

El marco normativo en el cual se encuadra la gestión de la DGPSA está conformado por las siguientes normas aplicables principales:

Cuadro 8: Normativas principales aplicables a la gestión de la DGPSA	
Norma	Aspectos principales que establece
Ley CABA N° 2318/2007 De Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo	Objeto: garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo
	Implementación de un plan integral para el logro de distintos objetivos (ej: desarrollo de unidades locales de prevención y atención a nivel comunas).
	Registro de Organizaciones de la CABA vinculadas a la prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación de personas con dependencia a las sustancias psicoactivas
Decreto N° 484/GCBA/10	Crea las Unidades de Prevención en Adicciones, en el ámbito de la DGPSA: cada comuna tendrá asignada una Unidad. Establece las funciones.
Ley nacional N° 26.657/2010 "Derecho a la Protección de la Salud Mental"	Las adicciones: abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.
	Regula las internaciones: recurso terapéutico de carácter restrictivo. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos. Debe ser lo más breve posible. Requisitos, entre otros: evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que la justifican. La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono.
	Prohibición de creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. Las instituciones ya existentes se deben adaptar hasta su sustitución definitiva.
Decreto N° 603/13 (reglamentario de la Ley nacional)	La autoridad de aplicación (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos

² Ver información detallada en el punto **5.12.2.10.1.**

	comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020.
Resolución Conjunta N° 5/2019 (Secretaría de Salud y SEDRONAR)	Aprobación de pautas para la organización y funcionamiento de establecimientos de tratamiento en consumos problemáticos y lineamientos de adecuación institucional. Se establecen categorizaciones, posibilitando un proceso de adecuación de las comunidades terapéuticas.
Ley CABA N° 448/2000 "De Salud Mental"	Objeto: garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en la Ciudad.
	Internaciones: instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios
	Se clasifican en: a. voluntaria e involuntaria. Las internaciones podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un 1 mes
	Las normativas de Salud Mental establecen entre sus aspectos centrales la presentación de informes al inicio y periódicos para justificar las internaciones (en la norma de CABA son mensuales)

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y procedimientos de auditoría

La Disposición N° 07/DGPSA/10 prueba en sus anexos los protocolos de circuitos de intervención de la DGPSA³. Se exponen sus títulos en el siguiente Cuadro 9:

Anexo Nro.	Título	Contenido
Anexo I	Principios Generales para la firma de convenios con Organizaciones de la Sociedad Civil	Criterios que deben regir la atención por parte de las Comunidades Terapéuticas
		Modalidad de Atención
		Procedimiento por parte de la Institución
		Procedimiento por parte de la DGPSA
		Procedimiento por parte de ASA
		Procedimiento por parte Área Legal Administrativa de la DGPSA
		Requisitos obligatorios a cumplir por las Organizaciones conveniadas que brinden tratamiento a NNyA
Anexo II	Protocolo de Admisión, Evaluación y Derivación	En caso de Incumplimiento
		Cap. I " De las solicitudes de recursos"
		Cap. II " De la gestión del recurso"
		Cap. III "Articulación con otras áreas de la DG"
Anexo III	Protocolo de Supervisión Institucional	Supervisión Institucional
		Informe de la Visita Institucional
		Informe de seguimiento en legajo individual

³ La Disposición N° 07/DGPSA/10 fue derogada, y así actualizados sus contenidos, con la aprobación el 29/11/2019 de la Disposición N° 455/DGPSA/2019, la cual remitida por el ente auditado en oportunidad del descargo de este informe.

Anexo IV	Principios y funciones de la supervisión Institucional y seguimiento de casos	Objetivos
		Misión de la supervisión
		Ejes de las intervenciones
		Propósito de la supervisión
Anexo V	Protocolo de Intervención en Prevención de Adicciones-Ámbito educativo	Misión- Objetivos- Marco general
		Centros de Prevención Social en Adicciones CPSA
		Propósitos de los CPSA
		La escuela como factor de protección
		Articulación con la escuela
		Objetivo General y Específicos
		Pautas para la Intervención
Anexo VI	Protocolo de Intervención entre el CDNNyA	Casos que se encuentran en sistema judicial
		Solicitudes provenientes el CDNNyA
		Presentaciones espontáneas
		Ingresos-Egresos
Anexo VII	Procedimientos en casos de accidentes o intervenciones quirúrgicas NNYA	Procedimiento en caso de accidente
		Procedimiento en caso de intervenciones quirúrgicas

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

5.2. Descripción presupuestaria del Programa N° 71 – Políticas Sociales en Adicciones

El Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano -según establece la Descripción Presupuestaria aprobada en la Ley de Presupuesto correspondiente al ejercicio (Ley N° 5724) para el Programa N° 71- orienta su política social en adicciones en tres aspectos fundamentales, los que se pasan a sintetizar:

- Observatorio de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social: se propone sistematizar y relevar información epidemiológica, cuantitativa y cualitativa; que permitan disponer entre otras variables, nivel de consumo, sustancias utilizadas, franja etaria, etc., necesaria para delinear las políticas de intervención contemplando tanto la prevención, el tratamiento y rehabilitación.
- Política Integral en Prevención y Atención de las Adicciones: surge de la necesidad de construir mecanismos sociales que contribuyan a evitar el consumo de drogas, generando acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales existentes, que se constituyan en tejidos de prevención social comunitaria.

En el desarrollo de este eje se hace referencia a los Centros de Prevención Comunitaria en el marco de una propuesta de trabajo de "información y formación de la población no afectada, generando un espacio con el fin de fomentar conocimiento, pensamiento crítico, capacidad de reflexión, como así también, la creación de

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

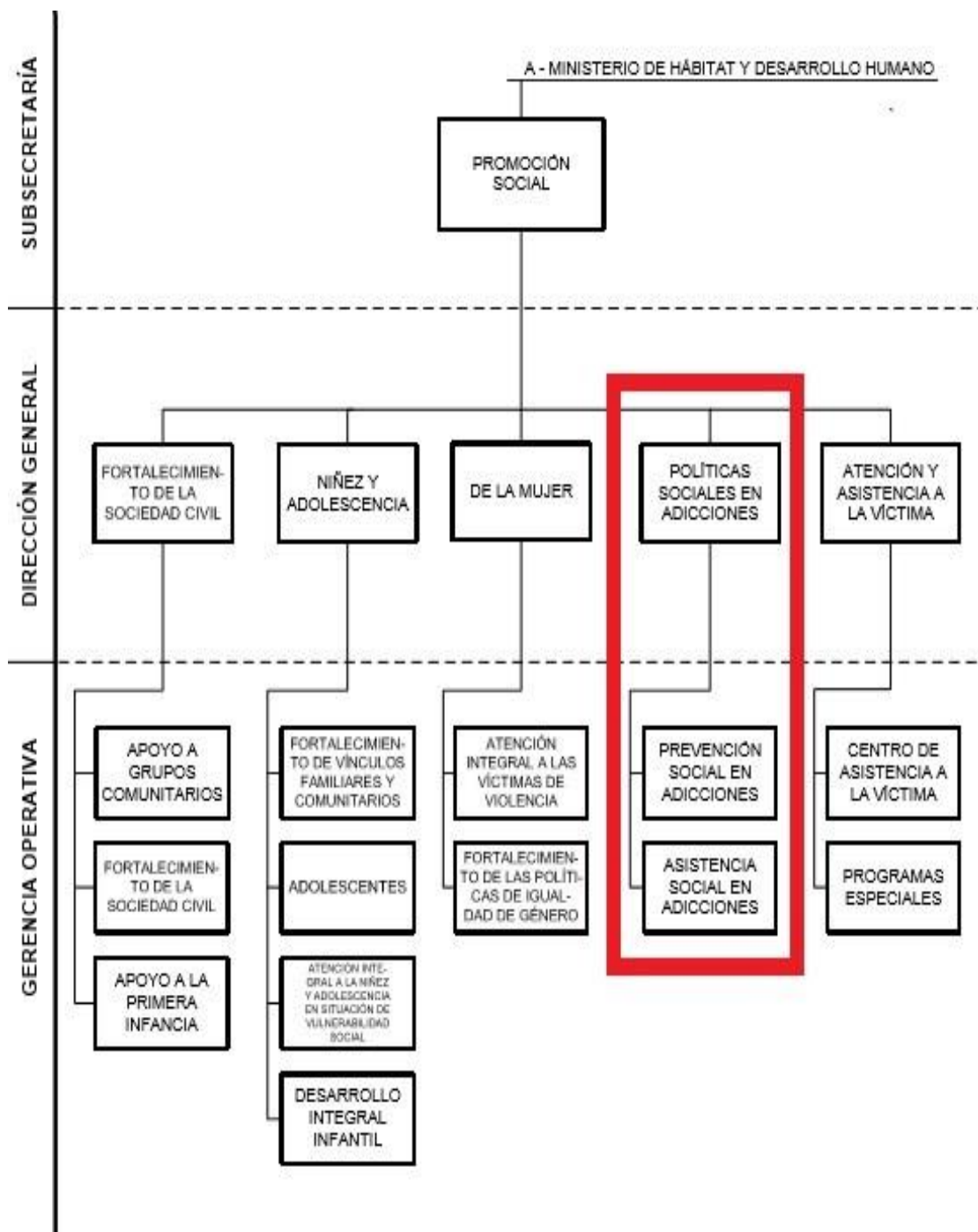
- Asistencia a las adicciones: acciones que permitan contar con los suficientes recursos y modalidades terapéuticas para dar respuestas a las necesidades individuales y sociales, asociadas a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Incluye distintos dispositivos de abordajes psicoterapéuticos: desde la atención ambulatoria, Centros de Día, hasta la internación en Comunidades Terapéuticas.

En respuesta a la nota AGCBA N° 1203/18, el ente auditado mencionó que durante el período de auditoría: “El observatorio de Adicciones presupuestariamente figura dentro del área de Adicciones, en términos de funcionamiento real no se encuentra dentro de las competencias de la DGPSA”. Por Nota AGCBA N° 2560/18 informó que desde 2017 no es más una actividad de la DGPSA, se lo ha desafectado presupuestariamente. (Observación 4.1.2)

5.3. Estructura organizacional. Responsabilidades primarias. Acciones.

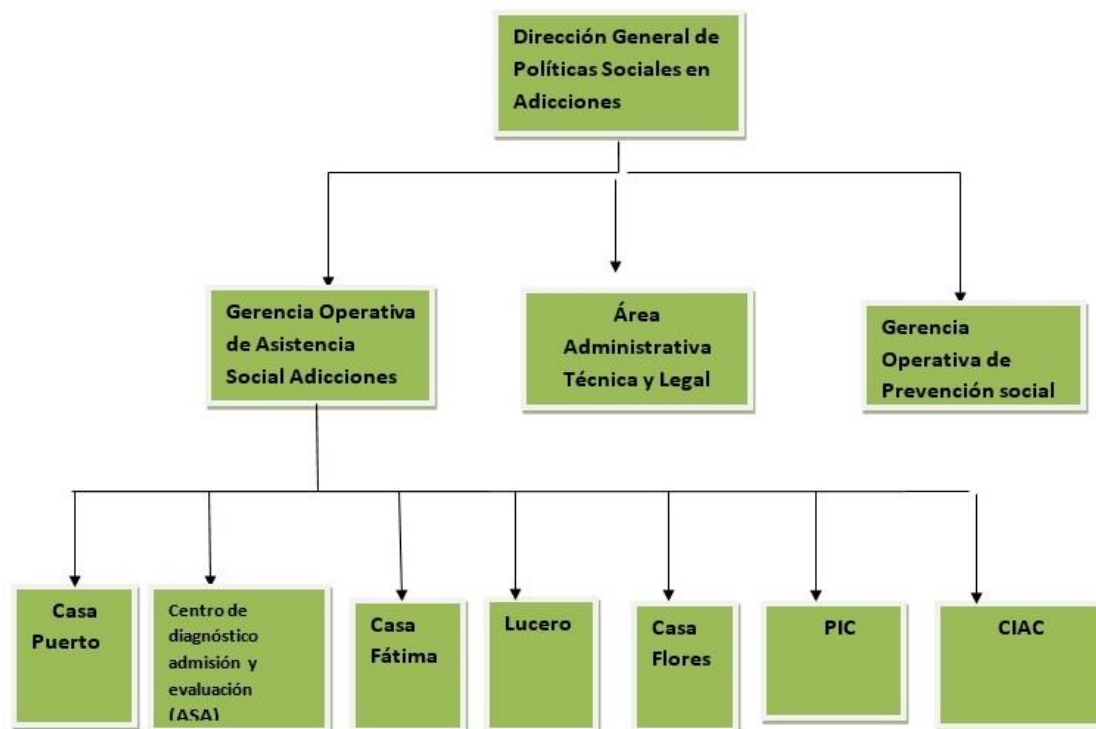
5.3.1. Organigrama

Gráfico 1: La estructura formal de la DGPSA ha sido aprobada hasta el nivel de sus gerencias operativas mediante organigrama aprobado por el Decreto N° 399/16:



Elaboración propia en base al Decreto N° 399/2016

Gráfico 2: El organigrama real de la DGPSA recibido en respuesta a la Nota AGCBA N° 2432/18, ha sido el siguiente (para más aclaraciones ver notas al pie ⁴ y ⁵):



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Durante 2017 se suman los dispositivos territoriales (DTs) con igual rango que los CIACs. Es de destacar que los responsables a cargo de las áreas que conforman la estructura real fueron designados por normativa (en algunos casos con vigencia en 2016, algunos en 2018), según el siguiente cuadro el cual fue elaborado a partir de la información suministrada por la DGPSA en respuesta a las notas AGCBA N° 2432/18 (designaciones con vigencia en 2016) y N° 1203/18 (designaciones con vigencia en 2018):

⁴ Siglas del organigrama: PIC: Programa de Inserción Comunitaria. CIAC: Centros de Intervención Asistencial Comunitaria

⁵ Por Resolución 2750/2019 (del 21/11/2019) se aprobó la nueva estructura orgánica y las responsabilidades y acciones de las áreas dependientes de la DGPSA por debajo del nivel de Gerencia Operativa en correspondencia con la estructura real. La normativa fue aprobada y remitida por el ente auditado en oportunidad del descargo de este informe.

Cuadro 10: Designaciones responsables estructura real DGPSA 2016 y 2018

Área	Cargo	vigencia en 2016	vigencia en 2018	Tipo de norma y año	Tareas / misiones y funciones definidas	Referencia de personas a cargo (si /no, año de la normativa)
DGPSA	Director General	SI		Decreto de 2016	SI	SI
G.O. Asistencia Social	Gerente Operativa	SI		Resolución: una gerente hasta junio 2016 y la actual desde junio 2016	SI	SI
G.O. Prevención Social	gerente operativa	SI		Resolución 2014 / ratificada en 2016 y Carrera gerencial	SI	SI
AATyL / Administrativa Técnica Contable	coordinadora	SI		Disposiciones DGPSA 2015 y 2018 (22/06/2018)	SI (2015 y 2018)	SI (2015)
ASA	coordinadora	NO	SI	Disposición DGPSA (22/06/2018)	SI (2018)	NO
CIACs	coordinadora	NO	SI	Disposición DGPSA 2018 (22/06/2018)	SI (2018)	NO
	co coordinador	NO	SI	Disposición DGPSA 2018 (22/06/2018)	SI (2018)	NO
Línea 108	coordinador	NO	SI	Disposición DGPSA 2018 (22/06/2018)	SI (2018)	NO
PIC	coordinador	SI		Disposiciones DGPSA 2014 y 2018 (22/06/2018)	SI (2014 y 2018)	SI (2014)
Casa Flores	coordinador	SI		Disposiciones DGPSA 2013 y 2018 (fecha: 22/06/2018)	SI (2013 y 2018)	SI (2013)
Casa Puerto	coordinador técnico / coordinador	SI		Disposiciones DGPSA 2011 y 2018 (fecha: 25/06/2018)	SI (2011 y 2018)	SI (2011)
	coordinadora operativa	SI		Disposiciones DGPSA 2011 y 2018 (25/06/2018)	SI (2011 y 2018)	SI (2011)
	coordinador operativo	NO aplica	SI	Disposición DGPSA 2018 (25/06/2018)	SI (2018)	NO
Casa Fátima	coordinador	NO aplica	SI	Disposición DGPSA 2018 (22/06/2018)	SI (2018)	NO
Casa Lucero	coordinadora operativa	NO	SI	Disposición DGPSA 2018 (22/06/2018)	SI (2018)	NO

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado y <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativa>

Como se refleja del cuadro anterior, de la información disponible surge que respecto al organigrama real de la DGPSA no han sido objeto de designación -con vigencia en 2016- los responsables de la conducción de las áreas de: ASA, CIACs, Línea 108 y Casa Lucero⁶.

Es de destacar que las disposiciones de designación 2018 dictadas por la DGPSA en el AATyL, Línea 108, PIC, Casa Flores y Casa Puerto designan a las mismas personas a cargo de las respectivas áreas, con lo cual implica una continuidad en la gestión de las mismas, dándose, además, las siguientes particularidades:

- En todas las normativas se especifican la misiones y funciones / tareas.
- En las dictadas en 2018 no se fija el personal a cargo; y
- Fueron dictadas durante el desarrollo de la presente auditoría.

5.3.2. Responsabilidades primarias de la DGPSA

En concordancia con las responsabilidades primarias definidas para la DGPSA en el mencionado Decreto de estructura, la Disposición N° 07/DGPSA/10 establece que la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones es el organismo gubernamental que tiene a su cargo la planificación, coordinación y desarrollo de Programas dirigidos a la promoción de la prevención primaria y a la asistencia en la atención secundaria y terciaria; procurando la restitución de derechos; y la reinserción social de las personas que presenten un consumo problemático de sustancias psicoactivas, en el ámbito de la Ciudad.

Para el cumplimiento de sus objetivos desarrolla acciones a través de sus dos Gerencias Operativas y dispone de recursos y dispositivos propios y conveniados; éstos últimos en el marco de la Gerencia Operativa de Asistencia Social. Así, las Organizaciones de la Sociedad Civil, conforman uno de los recursos con los que cuenta el Gobierno para lograr su misión, proponiendo un abordaje de gestión asociada y donde lo principal e ineludible del rol que ejerce la DGPSA es la articulación y supervisión de todos los efectores que están debajo de su órbita. Para lo cual también, debe garantizar la suficiencia en la provisión de recursos económicos, institucionales y de contención.

En respuesta a la Nota AGCBA N° 2431/18 la DGPSA especificó las acciones implementadas durante 2016 hasta fin de 2018, tendientes al cumplimiento de responsabilidades definidas en el Decreto N° 399/2016. Las respuestas brindadas se sintetizan en el siguiente cuadro:

Cuadro 11: DGPSA responsabilidades primarias y acciones implementadas 2016

⁶ Con la aprobación de la normativa de actualización de la estructura, Resolución 2750/2019 (del 21/11/2019) se han evidenciado mejoras respecto a lo evidenciado en el período auditado. La norma fue dictada durante la etapa de descargo de este informe.

Responsabilidad primaria Decreto 399 / 2016	Acciones implementadas (respuesta DGPSA)
Planificar, coordinar y desarrollar programas dirigidos a la asistencia con especial énfasis en la prevención y la reinserción social de las personas con problemáticas de adicciones en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de la Ley N° 2.318.	<i>Se planifican, coordinan y desarrollan acciones y programas dirigidos a la asistencia y a la prevención a través de las gerencias operativas competentes a cada actividad</i>
Coordinar acciones tendientes al cumplimiento del plan integral junto con las jurisdicciones competentes en el marco de la Ley N° 2.318.	<i>Se desarrollan acciones de prevención y asistencia con el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. Se implementan acciones de prevención en las escuelas de la Ciudad de Buenos Aires, en cuanto a la asistencia se articula con los equipos de salud en territorios en los centros de salud.</i>
Generar políticas tendientes a responder a la demanda por trastornos derivados de las adicciones en coordinación con el Estado Nacional, Provincial y Municipal y la sociedad civil.	<i>Se articularon acciones de asistencia y prevención con SEDRONAR: se articularon intervenciones de los equipos territoriales de ambos organismos en barrios de alta vulnerabilidad, se realizaron capacitaciones, se participó del Cofedro. Se realizaron estudios sobre prevalencia de consumo de sustancias en coordinación con el Observatorio Argentino de Drogas, se constituyó una mesa de trabajo junto con Municipios de AMBA.</i>

Elaboración propia en base a información suministrada por ente auditado

Para el desarrollo de sus responsabilidades y objetivos la DGPSA ha contado con recursos humanos y financieros durante el período auditado, los cuales se analizarán a continuación.

5.4. Recursos Humanos

5.4.1. Dotación de la DGPSA

La DGPSA contaba en 2016 con 151 personas en su dotación para el desarrollo de sus responsabilidades y el cumplimiento de sus objetivos de gestión. Así surge de la información suministrada por la propia Dirección General, en respuesta a la Nota AGCBA N° 2432/18, a partir de la cual se ha agrupado la dotación completa -al mes de diciembre- de la siguiente manera, según la clasificación de la base remitida por la propia DGPSA:

Cuadro 12: Dotación de la DGPSA

Sector	Situación de Revista ⁷						Total	%
	PP	PT	PG	Contrato	Contrato UBA	Carrera Gerencial		
Dirección General	9	5	1	1	1		17	11,3
Gerencia Operativa	3	2		8	2		15	9,9
PIC	1	1		2	1		5	3,3
Supervisión				2	1		3	2,0
Casa Puerto	11	10		6	1		28	18,5
Casa Flores	7	1		3	1		12	7,9
Casa Lucero		3		4			7	4,6
Casa Fátima	1			4			5	3,3
CIACs	1	9		11	1		22	14,6
Prevención	6	11		6		1	24	15,9
CUCC		1		12			13	8,6
Total	39	43	1	59	8	1	151	100,0

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

De los recursos asignados por sector, puede advertirse la mayor distribución de los mismos a los sectores y dispositivos de asistencia por sobre los de prevención. Por otro lado menos del 2 % (3 personas) son las destinadas para la supervisión de organizaciones con convenio. (Observación 3.1.3 y Observación 3.1.4).

Como se desprende del cuadro la unidad de organización con mayor proporción de personal de planta permanente es Casa Puerto con 11 agentes. Casa Fátima, los CIACs y PIC cuentan con un agente de planta permanente.

Cuadro 13: Porcentuales, por sector, por situación de revista

Sector	% PP	% PT	%PG	%CLS	% CONT. UBA	% CARRERA GERENCIAL
Dirección General	23,08	11,6	100	1,69	12,5	
Gerencia Operativa	7,69	4,7		13,56	25	
Prevención	15,38	25,6		10,17		100
Supervisión				3,39	12,5	
Dispositivos propios (Puerto, Flores, Lucero, Fátima)	48,72	32,6		28,81	25	
CIACs	2,56	20,9		18,64	12,5	
PIC	2,56	2,3		3,39	12,5	
CUCC		2,3		20,34		

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

⁷ PP: planta permanente. PT: Planta Transitoria. PG: Planta de Gabinete. Carrera Gerencial: para cargos de Gerente y Subgerente, por 5 años, regulados por artículo 40 de la Ley 471.

Cuadro 14: Distribución por dispositivos propios de asistencia

Dispositivos Propios	Cantidad de personas (dotación RR.HH.)
Casa Puerto	28
Casa Flores	12
Casa Lucero	7
Casa Fátima	5
Total	52

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

El 53,85% corresponde a Casa Puerto, el 23,08% a Casa Flores, el 13,46% a Casa Lucero, mientras que el 9,62% restante a Casa Fátima. En este punto, el equipo de auditoría aclara que el personal de Casa Fátima consta en la nómina bajo dos modalidades: CIAC y ambulatorio (el dispositivo brindó ambas modalidades, sucesivamente, aunque en función de la información relevada en 2016 fue CIAC y ya en 2018 era ambulatorio).

Cuadro 15: Distribución del personal de los CIACs

CIAC	Cantidad de personas (dotación RR.HH.)	%
Ciudad Oculta	3	13,64
Fátima	2	9,09
INTA	1	4,55
La Boca	3	13,64
La Boca / Paternal	1 (cumple funciones en ambos CIAC)	4,55
Lugano	3	13,64
Oculta / Lugano / San Cristóbal	1 (cumple funciones en los tres CIAC)	4,55
Paternal	4	18,18
Piedrabuena	1	4,55
San Cristóbal	3	13,64
Total	22	100

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 16: Distribución de profesionales / técnicos por sector

Profesión según dispositivo		
Casa Puerto/Profesión	Cantidad	%
Psicóloga/o	7	41,2
Operador Socio terapéutico/a	5	29,4
Enfermera/o	4	23,5
Trabajador/a Social	1	5,9
Total profesionales	17	100
Casa Flores/Profesión	Cantidad	%
Psicóloga/o	3	60
Psicólogo Social	1	20
Psiquiatra	1	20

Total profesionales	5	100
Casa Lucero/Profesión	Cantidad	%
Psicóloga/o	3	60
Counselor	2	40
Total profesionales	5	100
Casa Fátima/Profesión	Cantidad	%
Operador Socio terapéutico/a	2	100
Total profesionales	2	100
CIACs/Profesión	Cantidad	%
Psicóloga/o	11	61,1
Consultor Psicológico	1	5,6
Operador Socio terapéutico	1	5,6
Tec. Prevención Adicciones	3	16,7
Psiquiatra	2	11,1
Total profesionales	18	100
Dirección General/Profesión	Cantidad	%
Lic. Trabajo Social	1	14,3
Administrativa	1	14,3
Lic. en Psicología	1	14,3
Lic. en Ciencia Política	1	14,3
Abogado	1	14,3
Psiquiatra	2	28,6
Total profesionales	7	100
Gerencia Operativa/Profesión	Cantidad	%
Lic. en Psicología	10	83,3
Lic. en Ciencias comunicación	1	8,3
Lic. Trabajo Social	1	8,3
Total profesionales	12	100
GO Prevención/Profesión	Cantidad	%
Lic. En Psicología	8	47,1
Lic Dirección Organismos Sociales	1	5,9
Arte-educadora, Tec. En prevención	1	5,9
Profesor y Licenciado en Psicología	1	5,9
Perito Trabajadora Social	1	5,9
Consultora Psicológica	1	5,9
Productora	2	11,8
Operador Socio Terapeuta	1	5,9
Antropóloga	1	5,9
Total profesionales	17	100
PIC/Profesión	Cantidad	%
Lic. Trabajo Social	1	25
Operador socio terapeuta	1	25
Lic. en Sociología	1	25
Licenciado en Psicología	1	25

Total profesionales	4	100
Supervisión /Profesión	Cantidad	%
Lic. en Psicología	3	100
Total profesionales	3	100
CUCC /Profesión	Cantidad	%
Lic. en Psicología Social	1	33,3
Lic. en Sociología	1	33,3
Técnica en Radiología y Radioterapia	1	33,3
Total profesionales	3	100
Total General Profesión	93	

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Los efectores propios cuentan con protocolos y circuitos internos. Se trata de: Puerto, Lucero, Casa Flores y los CIACs como conjunto. Estos documentos establecen los perfiles (profesionales y técnicos) pero no así las cantidades mínima de la conformación de los equipos, como tampoco lo ha definido por ninguna normativa interna de la DGPSA.

A partir de los protocolos remitidos por la DGPSA (en respuesta a la Nota AGCBA N° 2432/18) comparó la definición de la conformación de los equipos técnicos y la que surge de la base de RR.HH. remitida por la DGPSA para los mismos dispositivos. También se ha establecido la correspondencia respecto a la conformación mínima de equipos respecto a las leyes de Salud Mental (psicólogo, trabajador social y psiquiatra) (Observación 3.1.1 y Observación 3.1.2):

Cuadro 17: Casa Puerto (conformación de equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo
Psicóloga/o	Psicóloga/o
Operador Socio terapéutico/a	Operado Socio terapéutico/a
Enfermera/o	Enfermera/o
Trabajador/a Social	Médico y psiquiatra

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 18: Casa Flores (conformación de equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo
Psicóloga/o	No está definido la conformación del equipo
Psicólogo Social	
Psiquiatra	

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 19: Casa Lucero (conformación de equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo

Psicóloga/o	Psicóloga/o
Counselor	Counselor
Técnico eléctrico	Operador Socio terapéutico/a

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 20: CIACs (conformación de equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo
Psicóloga/o	Coordinador CIACs
Consultor Psicológico	Co coordinador o supervisor
Operador Socio terapéutico	Psiquiatra
Tec. Prevención adicciones	Psicólogo
Psiquiatra	Trabajador Social
Operador en Adicciones	Operador/Consejero
Consejero en dependencia química	Administrativo

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 21: ASA (Conformación de Equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo
Psicóloga/o	No está definido la conformación del equipo
Operador Socio terapéutico	
Trabajador/a Social	
Administrativo	
Lic. en Comunicación	

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

Cuadro 22: 108 (Conformación de Equipos)	
Dotación DGPSA	Protocolo
Psicóloga/o	No está definido la conformación del equipo
Psicóloga/o Social	
Comercialización	
Tec. en Radiología y Radioterapia	
Lic. En Filosofía (en curso)	

Elaboración propia en base información suministrada por el ente auditado

5.4.2. Análisis de Legajos de RR.HH.

Mediante Nota AGCBA N° 2075/18 se solicitó a la Gerencia Operativa de Recursos Humanos del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano poner a disposición del equipo de auditoría los legajos de la DGPSA correspondientes a la muestra de personal.

A continuación se sintetiza la información resultante del análisis efectuado en los legajos que integraron la muestra, en función de los criterios tenidos en cuenta a partir de la modalidad de revista (Resolución N° 7/MMGC/2014 para personal de planta permanente y transitoria; Resolución N°11/SECLYT/13 establece lo correspondiente para el personal contratado).

Cuadro 23: Legajos de planta permanente y transitoria (total: 21 legajos):

Documentación / contenido en legajos	Consta	No consta	% que consta
Ficha de datos personales	10	11	47,6
Constancia de DNI	21	0	100,0
Constancia de CUIL/CUIT	20	1	95,2
Pre ocupacional	9	12	42,9
CV	19	2	90,5
Certificado de antecedentes penales	12	9	57,1
Certificado no inclusión en el registro de deudores alimentarios	11	10	52,4
Acto de designación	19	2	90,5
DDJJ	18	3	85,7
Documentación asignaciones familiares	18	3	85,7
Formulario ART	20	1	95,2
Profesión / Nivel de estudios	20	1	95,2
Constancia de título	13	8	61,9
Licencias	4	17	19,0
Cursos realizados	7	14	33,3
Acta que acredite estado civil	5	16	23,8
Actos administrativos	12	9	57,1

Elaboración propia en base información suministrada por la Gerencia Operativa de RR.HH.

Es importante aclarar que en la respuesta a la Nota AGCBA N° 2075/18, la DGTayL del Ministerio indicó que el personal de planta permanente no cuenta en sus legajos con comprobante de antecedentes penales, toda vez que los mismos fueron girados en su momento en papel a la ex Dirección General de RR.HH. El porcentaje faltante de tal constancia se corresponde al personal de planta permanente. Sería de buena práctica que en los respectivos legajos se registre tal situación.

Cuadro 24: Legajos de locación de servicios (total 10 legajos):

Documentación / contenido en legajos	Consta	No consta	% que consta
Constancia DNI	10	0	100
CV	8	2	80
Constancia AFIP	9	1	90
Título	7	3	70
Certificado de Capacitación	0	10	0

Contrato de locación	5	5	50
----------------------	---	---	-----------

Elaboración propia en base información suministrada por la Gerencia Operativa de RR.HH.

Cuadro 25: Legajos Contratos UBA (total: 2 legajos):

Documentación / contenido en legajos	Consta	No consta	% que consta
Constancia DNI	2	0	100
CV	2	0	100
Constancia AFIP	2	0	100
Título	2	0	100
Certificado de Capacitación	0	2	0
Contrato	0	2	0

Elaboración propia en base información suministrada por la Gerencia Operativa de RR.HH.

El grado de cumplimiento de los requisitos de los legajos ha sido heterogéneo. Salvo respecto a la constancia de la copia de DNI en los legajos de planta permanente y transitoria, en los contratos de locación y en los contratos UBA; el 100% de CV, constancia AFIP y título en contratos UBA; se presentan porcentajes de faltantes de constancias en los diferentes registros y documentaciones, con diferente grado de proporción. (Observación 3.2.1, Observación 3.2.2 y Observación 3.2.3).

5.5. Análisis Presupuestario

5.5.1. Anteproyecto de Presupuesto 2016

El artículo 48 y el artículo 49 de la Ley N° 70 establecen la metodología para elaborar el Anteproyecto y el Proyecto de Ley de Presupuesto para cada ejercicio. En ese marco normativo se establece que las jurisdicciones y entidades son las encargadas de elaborar el Anteproyecto de Presupuesto conforme a los lineamientos generales, fijados anualmente por el Poder Ejecutivo. Sobre la base de estos Anteproyectos -y con los ajustes que resulten necesarios introducir- la Oficina de Presupuesto prepara el Proyecto de Ley de Presupuesto General. Es de señalarse que, el contar con el Anteproyecto permite al organismo planificar sus necesidades financieras para cumplir con los objetivos y lineamientos generales establecidos por el Poder Ejecutivo plasmados en la política jurisdiccional. El Anteproyecto de Presupuesto constituye una herramienta de gestión que posibilita determinar los gastos indispensables para el funcionamiento del Programa en el cumplimiento a los objetivos definidos para cada Servicio Público.

De acuerdo a la información enviada por la DGPSA, se constató en respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18 que no obran antecedentes en el organismo auditado de la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto correspondiente al año 2016 para el Programa N° 71. En dicha respuesta se solicita remitir la información a la Dirección General Técnica, Administrativa y Legal del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano. Se envió la misma solicitud de información a la DGTaYL del Ministerio, la cual informó (Nota AGCBA N°1201/18) que dicho requerimiento debía realizarse al Ministerio de Economía y Finanzas. Se concluye, entonces, que no fue remitida la información solicitada respecto al Anteproyecto por ninguna de las áreas mencionadas. (Observación 4.1.1.)

5.5.2. Plan Anual de Compras 2016

En el artículo 12 de la Ley N° 2095, se establece la metodología para elaborar el Plan Anual de Compras y Contrataciones, el cual debe llevarse a cabo por cada una de las Unidades Ejecutoras de programas o proyectos para cada ejercicio correspondiente.

De acuerdo a la información relevada, se constató en respuesta a las notas AGCBA N° 1203/18 y N° 2560/18, que no obran antecedentes en la DGPSA de la elaboración del Plan Anual de Compras 2016. A tal efecto se requiere se realice la solicitud tanto a la DGTAYL como a la Subsecretaría de Promoción Social tal como se referencian en ambas notas.

Por otra parte, la Dirección General solicita mediante la caja especial de mantenimiento y vida (Expediente N° 10871020/2016), el suministro de un fondo especial para los efectores dependientes de la misma, el cual estará destinado a erogaciones cotidianas que no se encuentran previstas en el Plan Anual de Compras, de acuerdo se especifica en la solicitud correspondiente. De dicha documentación surge la referencia a la existencia de un Plan de Compras cuya copia no fue suministrada en los requerimientos de auditoría, con lo cual durante los procedimientos de este informe no es posible determinar si el Plan ha sido elaborado o si la información que consta en dicha caja especial ha sido íntegra. (Observación 4.1.1.)

5.5.3. Presupuesto

5.5.3.1. Presupuesto Programa N° 71

Por Ley N° 5495 se aprobó el Presupuesto de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el ejercicio 2016.

Mediante el Decreto N°396/15, se aprobó la distribución analítica del Presupuesto General para el ejercicio 2016 y a través del Decreto N° 10/16, se aprobaron las Normas Anuales de Ejecución y Aplicación del Presupuesto General para el ejercicio fiscal 2016.

Cuadro 26: Incidencia de cada una de las actividades respecto del presupuesto sancionado del Programa N° 71 para el año 2016

Jur	UE	Prog	Act	Descripción	Sanción	%
45	7012	71		Políticas Sociales En Adicciones	\$77.297.742	100
45	7012	71	3	Centro De Prevención Comunitarios	\$9.900.697	12,8
45	7012	71	4	Observatorio De Adicciones	\$7.650.594	9,9
45	7012	71	5	Centro De Atención De Adicciones	\$59.746.451	77,3

Elaboración propia en base a Distributivo de Créditos Presupuesto 2016

Cuadro 27: Incidencia de cada uno de los incisos respecto del presupuesto sancionado del Programa N° 71 para el año 2016.

Jur	UE	Prog	Inc	Descripción	Sanción	%
45	7012	71		Políticas Sociales En Adicciones	\$ 77.297.742,00	100
45	7012	71	1	Gastos En Personal	\$ 8.296.651,00	10,7

45	7012	71	2	Bienes De Consumo	\$ 577.892,00	0,7
45	7012	71	3	Servicios No Personales	\$ 18.170.602,00	23,5
45	7012	71	4	Bienes De Uso	\$ 904.350,00	1,2
45	7012	71	5	Transferencias	\$ 49.348.247,00	63,8

Elaboración propia en base a Distributivo de Créditos Presupuesto 2016

5.5.3.2. Modificaciones Presupuestarias 2016 – Act. 3, 4 y 5 – Prog. 71

Mediante la Nota AGCBA N° 1202/18, la Dirección General Oficina de Gestión Pública y Presupuesto (DGOGEPU) y la Nota AGCBA N° 1201/18 -dirigida a la Dirección General Técnica Administrativa y Legal del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano (DGTAYL)-, se solicitó la remisión de todas las modificaciones presupuestarias efectuadas durante el ejercicio 2016 de las actividades 3, 4 y 5 del Programa N° 71.

De la información remitida surge que las modificaciones presupuestarias por incremento de crédito ascendieron a \$46.867.981,00; mientras que las modificaciones presupuestarias por disminución de crédito ascendieron a \$ 48.051.677,00. Por lo cual se deduce que el Programa N° 71 registró una disminución de créditos por un monto de - 1.183.696,00.

El monto de las modificaciones presupuestarias informado por DGOGEPU coincide con el cálculo por diferencia entre la información remitida por la Dirección General de Contaduría y la información obrante en el Distributivo de Créditos 2016.

Cuadro 28: Análisis de las modificaciones presupuestarias a nivel de Inciso:

Jur	UE	Prog	Act	Inc	Descripción	Sanción	Vigente	Mod. Presup	%
45	7012				Dir.Gral.Pol.Sociales En Adicciones	\$ 77.297.742,00	\$ 76.114.046,00	\$ -1.183.696,00	-1,53
45	7012	71	3		Centro De Prevencion Comunitarios	\$ 9.900.697,00	\$ 15.147.943,00	\$ 5.247.246,00	53,00
45	7012	71	3	1	Gastos En Personal	\$ 1.539.622,00	\$ 1.793.669,00	\$ 254.047,00	16,50
45	7012	71	3	2	Bienes De Consumo	\$ 235.558,00	\$ 1.164.296,00	\$ 928.738,00	394,27
45	7012	71	3	3	Servicios No Personales	\$ 7.221.167,00	\$ 11.329.628,00	\$ 4.108.461,00	56,89
45	7012	71	3	4	Bienes De Uso	\$ 904.350,00	\$ 860.350,00	\$ -44.000,00	-4,87
45	7012	71	4		Observatorio De Adicciones	\$ 7.650.594,00	\$ 3.808.920,00	\$ -3.841.674,00	-50,21
45	7012	71	4	2	Bienes De Consumo	\$ 40.000,00	\$ -	\$ -40.000,00	-100,00
45	7012	71	4	3	Servicios No Personales	\$ 7.547.234,00	\$ 3.808.920,00	\$ -3.738.314,00	-49,53
45	7012	71	4	5	Transferencias	\$ 63.360,00	\$ -	\$ -63.360,00	-100,00
45	7012	71	5		Centro De Atencion De Adicciones	\$ 59.746.451,00	\$ 57.157.183,00	\$ -2.589.268,00	-4,33
45	7012	71	5	1	Gastos En Personal	\$ 6.757.029,00	\$ 7.656.803,00	\$ 899.774,00	13,32
45	7012	71	5	2	Bienes De Consumo	\$ 302.334,00	\$ 108.444,00	\$ -193.890,00	-64,13
45	7012	71	5	3	Servicios No Personales	\$ 3.402.201,00	\$ 3.253.689,00	\$ -148.512,00	-4,37
45	7012	71	5	5	Transferencias	\$ 49.284.887,00	\$ 46.138.247,00	\$ -3.146.640,00	-6,38

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la O.G.E.P.U y el Parametrizado del Crédito 2016.

Como se expone en el cuadro precedente, la modificación presupuestaria por disminución representa un (1,53%) con respecto del crédito sancionado.

La diferencia que se señala ocurre principalmente porque en el crédito vigente se desafecta un 50,21% del crédito sancionado para la Actividad 4. Cabe mencionar que la

desafectación de la actividad N° 4 debería haberse realizado en un 100%, al no formar parte de la estructura funcional de la DGPSA.

Del análisis efectuado de los actos administrativos que aprueban las modificaciones presupuestarias, se verificó la existencia de 24 requerimientos que aprueban sus modificaciones presupuestarias mediante el Decreto N°10 AJG sin que consten sus actos administrativos, ni su publicación en el Boletín Oficial. Más del 50% de los requerimientos aprobados para el Programa auditado fueron aprobados por ese procedimiento, con las características mencionadas. (Observación 4.2.1.)

A su vez, se comprobó que de los 24 requerimientos aprobados por el Decreto N°10 (Área de Jefatura de Gabinete) 11 no fueron informados por la DGTAYL como requerimientos de modificaciones del Ministerio (en respuesta a la Nota AGCBA N° 1201/18), sino que fueron informados por la OGEPU en respuesta a la Nota AGCBA N°1202/18. Las 11 modificaciones presupuestarias mencionadas, representan un 46% de los requerimientos aprobados por el Decreto N° 10. (Observación 4.2.2.)

5.5.4. Ejecución presupuestaria

5.5.4.1 Síntesis de ejecución presupuestaria.

Cuadro 29: Cuadro de síntesis Ejecución Presupuestaria - a nivel Inciso

El presupuesto del ejercicio Año 2016 de las actividades N° 3, N° 4 y N° 5 del Programa N° 71 contó con la siguiente ejecución presupuestaria:

Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por la O.G.E.P.U. y la DGTAYL

Jur	UE	Prog	Act	Inc	Descripción	Vigente	Devengado	% Ejec
45					Min. Hábitat y Des. Humano			
45	7012				Dir. Gral. Políticas Sociales en Adicciones	76.114.046,00	74.263.619,20	
45	7012	71			Políticas Sociales En Adicciones	76.114.046,00	74.263.619,20	97,50
45	7012	71	3		Centro De Prevención Comunitarios	15.147.943,00	14.426.291,97	95
45	7012	71	3	1	Gastos En Personal	1.793.669,00	1.793.665,83	100
45	7012	71	3	2	Bienes De Consumo	1.164.296,00	1.164.294,10	100
45	7012	71	3	3	Servicios No Personales	11.329.628,00	11.039.118,40	97
45	7012	71	3	4	Bienes De Uso	860.350,00	429.213,64	49
45	7012	71	4		Observatorio De Adicciones	3.808.920,00	3.808.915,73	100
45	7012	71	4	3	Servicios No Personales	3.808.920,00	3.808.915,73	100
45	7012	71	5		Centro De Atención De Adicciones	57.157.183,00	56.028.411,50	98
45	7012	71	5	1	Gastos En Personal	7.656.803,00	7.656.800,97	100
45	7012	71	5	2	Bienes De Consumo	108.444,00	108.443,60	100
45	7012	71	5	3	Servicios No Personales	3.253.689,00	3.253.684,93	100
45	7012	71	5	5	Transferencias	46.138.247,00	45.009.482,00	97

Como refleja el cuadro anterior, se expone la información hasta nivel de inciso. El equipo de auditoría consideró la ejecución presupuestaria hasta el nivel de partida parcial inclusive.

5.5.4.2 Análisis de las carpetas de pago y cajas chicas

De la aplicación de los procedimientos de auditoría determinados para el análisis de la ejecución de los gastos imputados al programa, se constataron las falencias reseñadas en las siguientes observaciones: Observación 4.4.2., Observación 4.4.3., Observación 4.4.4., Observación 4.4.5., Observación 4.4.6., Observación 4.4.7., Observación 4.4.8., Observación 4.4.9. y Observación 4.4.10.

5.5.5. Liquidación de pagos a organizaciones conveniadas

5.5.5.1. Circuito de liquidación

Con el objetivo de relevar los aspectos contables de la gestión del área de Admisión, Evaluación y Derivación de la Dirección General de Adicciones (ASA), el equipo de auditoría relevó los aspectos centrales del circuito de liquidación de pagos, el que se sintetiza a continuación:

- **Carga de Facturación:**

Las altas y bajas de las personas en tratamiento de cada organización de internación y ambulatorias se cargan para su posterior liquidación en un sistema de datos denominado "sistema asistidos". La información se registra a partir de los datos remitidos mensualmente por cada institución.

No impacta en el aplicativo, ni se registra la información de las organizaciones conveniadas denominadas "proyectos comunitarios": se les paga un monto fijo de becas mensuales por capacidad funcional.

- **Liquidación:**

La liquidación mensual a abonar para cada organización se genera automáticamente desde el aplicativo. Se contemplan las altas y bajas del período: la comunidad terapéutica/centro ambulatorio informa los movimientos y datos de las personas en tratamiento por dos maneras: por un lado a medida que se producen; y por otro vía mail en una planilla de Excel de formato estandarizado del 1 al 10 de cada mes, adjuntando también los informes evolutivos de las personas en tratamiento. (Observación 4.3.3.)⁸

El mail que se utiliza es un único correo institucional donde todas las personas que trabajan en el área tienen acceso, es decir que se recibe información de diversa índole. En consecuencia, no se utiliza un sistema idóneo para salvaguardar la confiabilidad de la información: no dispone de un sistema de claves que garantice que la información la confidencialidad, tratándose de datos de tipo sensible (privados de la salud de una persona).

Desde el área administrativa, se realiza un cruce de los movimientos informados por la institución (ingresos y egresos) con la información de una base en Excel que registra el

⁸ El ente auditado remitió, en oportunidad del descargo de este informe, información que muestra avances tendientes a la actualización del sistema informático de liquidación de pagos, lo cual una vez implementado repercutirá positivamente en la gestión de la DGPSA.

equipo profesión de ASA y con los datos previamente cargados en el aplicativo para verificar su coincidencia. (Observación 4.3.3.)⁸

El sistema “Asistidos” está condicionado a los datos suministrados por el prestador, especialmente respecto a los egresos, y no permite determinar la cantidad de días y la prestación efectivamente brindada para la modalidad de atención ambulatoria. El circuito establecido evidencia un débil control interno dada la frecuencia de las supervisiones a las instituciones y la falta de constancia de control de los superiores. (Observación 4.3.1.)⁸

Con respecto al resguardo de la información, del relevamiento surge que en el año 2016, hubo una inundación en una de las sedes de la DGPSA, quemando por completo la computadora madre y perdiendo gran parte de la información cargada. Atento a lo sucedido en aquel año, se solicitó a la Dirección General, en reiteradas oportunidades, que les provean un pendrive para poder evitar nuevos daños. Durante procedimientos en la sede de ASA, se corroboró que después de dos años de solicitudes se había recibido el pendrive requerido para el resguardo de la información. A raíz de eso, se está realizando un back up todos los días desde agosto de 2018. (Observación 4.3.2.)⁸

• **Pagos:**

Una vez confirmados los montos mensuales por organización, los pagos mensuales se generan desde el Área Administrativa, Legal y Técnica de la DGPSA a través de un expediente electrónico. El expediente electrónico está compuesto por una elevación, un anexo, la planilla mensual de Excel con la liquidación de cada organización, y el acto administrativo pertinente. El expediente se eleva para su conocimiento a la Subsecretaría de Promoción Social (se remite a la DGTAYL del Ministerio).

5.5.5.2. Liquidaciones mensuales de pagos

Se procedió a realizar un cruce entre la información suministrada por la DGPSA que contiene la base de beneficiarios de las distintas comunidades/centros ambulatorios, y las planillas de beneficiarios que surgen de los expedientes de pago de cada comunidad terapéutica / centro ambulatorio. Se tomaron para el análisis las fechas de ingreso y de egreso en ambos casos.

Cuadro 30: De los 339 casos analizados, surgen las siguientes diferencias (se otorgan números para preservar la identidad de los beneficiarios):

Institución / organización	Beneficiario	Mes de liquidación	Dato de la Base de DGPSA / Diferencias encontradas
Creer es Crear (internación)	1	Septiembre	Registrado en dos CT al mismo tiempo (se pudo constatar que se le paga el subsidio en ambas CT)
	2	Septiembre	Registrado en dos CT al mismo tiempo
San Mateo (internación)	3	Septiembre	Registrado con dos fechas de egreso diferentes
	4	Septiembre	Registrado en la base con fecha de egreso del 14/09 y se abona mes completo
	5	Septiembre	No constan registros en la base de beneficiarios

Dehum (ambulatorio)	6	Febrero	No constan registros de tratamiento
	7	Febrero y Marzo	No constan registros en la base de beneficiarios
	8	Marzo	No constan registros en la base de beneficiarios
	9	Abril	No constan registros en la base de beneficiarios
	10	Mayo	No constan registros en la base de beneficiarios
Despertares (internación)	11	Octubre	Mal realizado el cálculo de planilla de liquidación: se abona \$2,691 de más
	12	Octubre	Mal realizado el cálculo de la planilla de liquidación: se abona \$598 de más
Por decir (Internación)	13	Octubre	No constan registros en la base de beneficiarios
Candil (Internación)	14	Enero	Registrado en dos CT al mismo tiempo
	15	Enero	Registrado en dos CT al mismo tiempo
Ananké - Lobos (Internación)	16	Octubre	No constan registros en la base de beneficiarios
Aciar Reparo (Internación)	17	Octubre	Registrado con fecha de egreso del 14/09 pero se abona mes de octubre en su totalidad
	18	Octubre	Registrado con fecha de egreso del 30/08 y se abona mes de octubre completo
	19	Octubre	Registrado con fecha de egreso del 17/10 y se abona mes de octubre completo
	20	Octubre	Se abona 11 días de reingreso que no están contemplados en la base
	21	Octubre	No constan registros en la base de beneficiarios
Convivir (ambulatorio)	22	Enero y febrero	Registrado con dos fechas de ingreso y de egreso diferentes
	23	Enero y febrero	Registrado con fecha de egreso del 2015
	24	Enero	Registrado con fecha de egreso del 2015
	25	Enero	Registrado con fecha de egreso del 2015
	26	Julio	No constan registros en la base de beneficiarios
	27	Julio	No constan registros en la base de beneficiarios
	28	Septiembre	No constan registros en la base de beneficiarios
	29	Septiembre	Registrado en dos CT al mismo tiempo (se pudo constatar que se les paga el subsidio en ambas CT)
Manantiales (ambulatorio)	30	Enero	Registrado con fecha de egreso del 2015
	31	Febrero	Realiza una factura por 31 días cuando es ambulatorio
	32	Junio	Factura por 17 días, dando una suma total de asistencias de 31 días cuando es ambulatorio (se abona mes completo)

Elaboración propia con información suministrada por la DGPSA y DG Contaduría Gral.

Del análisis del cuadro anterior, se desprende la falta de correspondencia entre las liquidaciones informadas por las comunidades terapéuticas/centros ambulatorios que constan en los expedientes (base para la liquidación) y los datos de ingresos y egresos

suministrados por la DGPSA en la base de beneficiarios (archivo en Excel base ASA 2016). Al considerar los 32 beneficiarios que figuran en el cuadro precedente (100%), se encontraron las siguientes irregularidades:

- El 40.6% (13/32): beneficiarios no registrados en la base proporcionada por la DGPSA.
- El 31.2% (10/32): poseen diferencias en las fechas de egreso proporcionadas por ambas fuentes.
- El 15.6% (5/32): beneficiarios que figuran internados en dos comunidades al mismo tiempo.
- El 6.3% (2/32): poseen cálculos mal realizados en las liquidaciones de pagos.
- El 6.3% (2/32) de las liquidaciones analizadas: pagos por una asistencia de los beneficiarios de 31 días, cuando los centros ambulatorios no funcionan todos los días del mes.

Los 32 casos en los que se encontraron irregularidades representan el 9,4% de los 339 casos analizados. Respecto al total de 339 casos, las diferencias encontradas han sido las siguientes (Observación 4.4.11.):

- El 3.8% (13 beneficiarios / 339): sin registro en la base de la DGPSA.
- El 2.9% (10 beneficiarios / 339): con diferencias en las fechas de egreso.
- El 1.5% (5 beneficiarios / 339): figuran simultáneamente internados en dos comunidades.
- El 0.6% (2 beneficiarios / 339): cálculos mal realizados en las liquidaciones de pagos.
- El 0.6% (2 beneficiarios / 339) las liquidaciones fueron realizadas con 31 días de asistencia: los centros ambulatorios no funcionan todos los días del mes.

En referencia a dichas inconsistencias, se le consultó a la DGPSA mediante Nota AGCBA N° 2560/18 el motivo por el cual los beneficiarios no fueron localizados en la base pero se les realizó un pago por la prestación. En respuesta a la misma, mencionan que “en base a un error administrativo los beneficiarios no se encontraban en la base, sin perjuicio de ello, se encuentran registrados en el sistema Asistidos, con su legajo correspondiente”. Cabe mencionar, que en la entrevista realizada a la coordinación del Área Administrativa, la misma hace referencia a que realizan un seguimiento de pagos en una base en formato de Excel creada para tales fines con lo cual se considera una herramienta fundamental a la hora de realizar la liquidación a las comunidades terapéuticas/centros ambulatorios.

5.6. Programación y ejecución de metas físicas. Evaluación de la Cuenta de Inversión

5.6.1. Consideraciones generales

El GCBA define su presupuesto en el marco del “presupuesto por programas”; sistema que se focaliza en lo que realiza un gobierno en cumplimiento de sus funciones, en la priorización de las necesidades públicas y líneas de acción.

En ese marco se formula, ejecuta y evalúa el presupuesto, que integra componentes financieros y físicos. En ese sentido, tal como expresa la Ley N° 70 “Las necesidades públicas son el punto de partida de la programación” las que deben “vincularse con los productos finales que se prevean generar durante el ejercicio en cuestión”. Para ello se elaboran, por ejemplo, los informes trimestrales de gestión.

Antes de analizar los informes trimestrales del Programa presupuestario N° 71, es importante destacar algunas cuestiones. A saber⁹:

- En ellos se expresan las metas programadas y ejecutadas. La meta es la cuantificación de los bienes y servicios terminales que realiza una institución en un ejercicio presupuestario cuya producción, concreta y acabada pone a disposición de sus usuarios.
- Las metas ejecutadas expresan la cantidad de bienes y servicios que se producen para contribuir al logro de los objetivos para la institución que se presupuesta: la DGPSA. Las programadas son las que se pretende alcanzar en el ejercicio presupuestario.

5.6.2. Informes trimestrales de gestión

Antes de pasar a dar cuenta de los datos que resumen los informes trimestrales, se sintetizará el circuito de generación y definición de los mismos, tal como se describe a continuación, a partir de información suministrada en entrevistas y en respuesta a la Notas AGCBA N° 2429/18, N° 2430/18 y N° 2560/18:

- Las metas programadas 2016 fueron definidas por la gestión anterior de la DGPSA. De resultar necesario, se podrían haber reprogramado en el año.
- Las de 2017 se generaron a partir de un proceso de construcción colectivo. Respecto a la Gerencia de Prevención, en respuesta a la Nota AGCBA ° 2429/18 se indicó, puntualmente, que las “metas de gestión se definen anualmente junto con el equipo de la DGPSA”.
- En Asistencia: para las metas ejecutadas 2016 y 2017 se contemplaron becas de comunidades terapéuticas, centros ambulatorios y proyectos comunitarios, y dispositivos propios, como se indicó previamente. En Prevención: cantidad de personas participantes de acciones de prevención y sensibilización.
- Para obtener los datos referidos anteriormente: todos los meses los dispositivos propios deben elevar a la DGPSA la cantidad de personas atendidas (se remiten por mail a la Gerencia Operativa). Este es el circuito es el que rige desde la definición de criterios por parte de la DGPSA a mediados de 2016. En los conveniados se contabilizan las personas becadas. En los “proyectos comunitarios” no se accede a la identidad de la persona ni a la cantidad real: se contabiliza la beca total otorgada por capacidad funcional del convenio.

⁹ <https://www.minhacienda.gob.ar/onp/sistema/> Conceptos sobre el Presupuesto Público: Presupuesto por programas. Con acceso 22/04/2019.
https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf

- La DGPSA informó, respecto a los proyectos comunitarios, que el apoyo es institucional al proyecto, y que no se paga beca por persona que realiza tratamiento sino al proyecto.
- También respecto a los proyectos comunitarios, al ser consultada sobre la cantidad de beneficiarios mensuales y trimestrales de cada organización que durante 2016 han sido tenidos en cuenta para el cálculo de metas físicas, se reafirma que no se tomó en cuenta la cantidad de beneficiarios sino las becas para el cálculo de las metas presupuestarias. (Observación 5.2.3.)
- Durante 2016 las metas ejecutadas se contabilizaron por sumatoria. En 2017 cambió a promedio, por sugerencia de la actual gestión a la OGEPU, lo cual evidencia una mejora.

A continuación se expone la información resultante de los informes trimestrales, a partir de la documentación remitida por el ente auditado: respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18, información complementaria por mail (el 10/07/2018) y respuesta a la Nota AGCBA N° 2560/18. No fue remitida la planilla de apertura programática de la actividad N° 12 -ex 5- primer trimestre de 2017, ni la información de ejecución de metas de 2017 de la actividad N° 10 -ex N° 3- (Centro de Prevención Comunitaria). Tampoco completó la información correspondiente a los informes trimestrales 2017 “debido a problemas con el sistema SIGAF WEB en su momento de carga”.

5.6.2.1 Metas programadas año 2016

El programa N° 71 “Políticas Sociales en Adicciones” contiene 3 actividades que registran metas físicas en su programación, como se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro 31: Metas Físicas 2016: programación anual								
				Descripción	Producto proyectado		Programación 2016	S / P ¹⁰
Jur.	UE	Prog.	Act.		Denominación	Unidad de medida	anual	
45	485	71		Políticas Sociales en Adicciones	Prevención y rehabilitación de adicciones	Persona	33913	S
			3	Centros de Prevención Comunitarios	Prevención en adicciones	Personas	31100	S
			4	Observatorio de Adicciones	Informes e Investigaciones de Observatorio de Adicciones	Informes / Investigaciones	23	S
			5	Centros de Atención de Adicciones	Personas bajo Tratamiento de Rehabilitación	Personas	2790	S
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado								

¹⁰ Suma o promedio.

Las unidades de medida en las metas programadas para las actividades N° 3 y N°5 han sido “personas”, y sus productos proyectados son “Prevención de adicciones” y “Personas bajo tratamiento de Rehabilitación”, respectivamente.

Para la actividad N° 4 (Observatorio de adicciones), la unidad de medida ha sido “informes/investigaciones” y el producto proyectado “Informes e investigaciones de observatorio de adicciones”. Para el total del Programa -como se desprende del cuadro anterior- la unidad de medida también es “Persona” y el producto proyectado es “Prevención y Rehabilitación de Adicciones”.

De ese modo, en la sumatoria de la totalidad de las metas proyectadas del año se han contabilizado los 23 “informes / investigaciones” en las 33.913 “personas” en Prevención y Rehabilitación de Adicciones”. La unidad de medida de esta actividad no es compatible ni homogénea con la de las restantes actividades ni con la del total del Programa (no permite reflejar la magnitud de la estimación de su producción), motivo por el cual no debe ser computada en la estimación de metas físicas programadas del período. (Observación 5.1.2.) La producción de esta Actividad no ha sido contemplada para la meta ejecutada.

5.6.2.2. Ejecución de metas físicas Período 2016

Cuadro 32: Resumen anual de ejecución de metas físicas

Metas Físicas Programa 71				Ejecutado anual 2016						
Programa / actividad	Denominación	Unidad de Medida	Meta programa da	1er. Trim.	2do. Trim.	3er. Trim.	4to. Trim.	Total anual	desvío	% de ejecución
71. Políticas Sociales en Adicciones	Prevención y rehabilitación de adicciones	Persona	33913	5020	10450	10499	7865	33834	-56	99,83
Act. 3 Centros de Prevención Comunitarios	Prevención en adicciones	Personas	31100	4482	9694	9710	7147	31033	-67	99,78
Act. 4 Observatorio de Adicciones	Informes e Investigaciones de Observatorio de Adicciones	Informes / Investigaciones	23	no suma meta en los informes trimestrales						0
Act. 5 Centros de Atención de Adicciones	Personas bajo Tratamiento de Rehabilitación	Personas	2790	538	756	789	718	2801	11	100,39

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Del análisis de la documentación remitida se pudo verificar que el Programa N° 71 durante el período 2016 registra una ejecución del cumplimiento de metas del 99,83% si se considera la meta programada como indicador de eficacia.

En las actividades en sí el porcentaje ha sido el siguiente:

- Para la Actividad N° 3 “Centros de prevención comunitarios”: 99,78%.

• **Para la Actividad N° 5 “Centros de Atención de Adicciones”** se superó la meta prevista, alcanzando una ejecución del 100,39%.

En el marco de una auditoría de gestión -y en función de la cuantificación de metas y su definición durante la programación y ejecución trimestral-, se han identificado las siguientes situaciones:

En la ejecución de metas no se identifica la cantidad de personas distintas (unidad de medida) ni trimestral ni anualmente, ni en el global a nivel Programa, ni en cada actividad (bajo tratamiento de rehabilitación y en prevención). (Observación 5.2.1.)

Los porcentajes de ejecución (metas programadas / metas ejecutadas) no cuantifican el alcance real del Programa. El porcentaje no es el adecuado para medir la producción de durante el ejercicio: sobreestima la producción del Programa en términos de eficacia. (Observación 5.2.2.)

La meta programada no se determina en función de la necesidad pública ni en proyecciones de población potencial ni en términos de la población destinataria a partir de criterios de elegibilidad del Programa. Esta situación, por lo menos respecto a la cantidad, parece haber sido mejorada en 2017, puesto que fue ampliada la meta de acuerdo surge de la Cuenta de Inversión. (Observación 5.1.1.)

• **Actividad N° 3:** los “centros de prevención en adicciones” propiamente dichos no han sido creados. Por lo tanto dicha actividad, debería llamarse de otra manera. En las acciones que se desarrollan en encuentros de difusión se debería identificar que se cuantifican como “personas” la entrega de folletería.

Período 2017

Para la actividad N° 12 (ex 5) “Centros de atención de adicciones” se modificó la forma de calcular la meta. En respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18, el ente auditado explicó que se propuso al área Legal y Técnica “una modificación en la unidad de medida de la meta presupuestaria” y a partir “del año 2017 se comenzó a medir la población atendida mensualmente por la actividad de asistencia de la Dirección General tomando el promedio mensual de las intervenciones en lugar de la sumatoria, resultando este criterio más representativo al respecto de la cómo se lleva adelante la implementación de dicha tarea”. El cambio evidencia una mejora en el reflejo de la meta para la medición de la producción del Programa. Sin embargo se sigue sin identificar en el proceso de medición a la cantidad de personas distintas que han sido producto de la rehabilitación durante el trimestre; arrastrándose el error anualmente. De este modo, la forma de cuantificación -ahora promediable- no permite dar cuenta fehaciente de las personas (unidad de medida) distintas bajo tratamiento de rehabilitación como resultado de la producción de la actividad a lo largo del período; lo cual tendrá repercusión a nivel Programa.

El equipo de auditoría no ha podido realizar el análisis de ejecución en el periodo 2017 a nivel actividad por trimestre, ni compararlo con respecto a 2016 con datos brindados por el ente auditado. A nivel Programa se realizó la comparación con los datos disponibles del informe de la Cuenta de Inversión como se expone a continuación.

5.6.3. Evaluación de la Cuenta de Inversión

A continuación se sintetiza la información disponible de la Evaluación del Proceso y Resultados de Implementación del Programa 71 “Políticas Sociales en Adicciones”, de 2015 a 2017 inclusive de los Informes de las Cuentas de Inversión. Los mismos contienen datos cualitativos y cuantitativos, los que se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 32: Evaluación del proceso y resultados de implementación del programa resumen ejecutivo						
PROGRAMA: 71 – POLÍTICAS SOCIALES EN ADICCIONES (tipo de programa: final)						
Año	Principales conclusiones derivadas de la evaluación anual del Programa	Cumplimiento de los objetivos del Programa	Meta / unidad de medida	metas físicas: programación	metas físicas: ejecución	Otros datos
2015	Evaluación anual: favorable, no se encontraron desvíos negativos en cuanto a las actividades en relación con el producto y unidades de medida	Todos los objetivos se cumplieron. Metas de Centros de Atención en Adicciones: superó lo programado	Prev. y Rehab. adicciones / persona	33.913	33.854	
2016	Evaluación anual: favorable, no se encontraron desvíos negativos en cuanto a las actividades en relación con el producto y unidades de medida (personas).	Igual que el anterior.	Prev. y Rehab. adicciones / persona	33.913	33.834	Metas se suman, no se promedian. Producto terminado.
2017	Actividad N° 10 (Prevención de Adicciones): se alcanzaron los objetivos propuestos en la implementación del programa, se cumplieron las metas estimadas de impacto alcanzando la totalidad de la ejecución presupuestaria proyectada. Actividad N° 12 (Asistencia en Adicciones): se alcanzaron los objetivos propuestos, superando ampliamente la meta proyectada. El incremento de la cantidad de personas asistidas responde a la apertura de nuevos dispositivos de tratamiento.	Se alcanzaron los objetivos propuestos en actividades: N° 10- Prevención en Adicciones y actividad N° 12- Asistencia en Adicciones.	Prev. y Rehab. adicciones / persona	37.900	27.099	Metas se suman. Producto terminado según Reporte de desempeño de Programas.
	Explicar el desvío (positivo/negativo) de las metas previstas: actividad N° 10 (Prevención): no hubo desvíos considerables en cuanto al cumplimiento de las metas proyectadas. Actividad N° 12 (Asistencia): el desvío superó lo proyectado, debido al incremento de la demanda de Asistencia.					
	Indicadores relevantes del programa (están en blanco, sin completar) Nivel - Tipo Indicador - Fórmula - Medición 2016 / 2017 / Proy.: 2018					

Elaboración propia en base a información de la Cuenta de Inversión

Del cuadro anterior, surgen los siguientes comentarios:

- El indicador de eficacia de cada año, comparando meta programada respecto a ejecutada ha sido cercana al 100% en los años 2015 y 2016: fue de un cumplimiento del 99,83 y del 99,77%, respectivamente.
- Se refiere que se alcanzaron los objetivos en ambas actividades “superando ampliamente la meta proyectada” al incrementarse la cantidad de personas asistidas en 2017 en la Asistencia. Sin embargo el cumplimiento ha sido del 71,50% en las metas ejecutadas.
- La diferencia entre las metas ejecutadas de ambos períodos (2017 respecto a 2016) ha sido del 24,85% menos, pese a haber contado con más cantidad de centros de asistencia y prevención, de acuerdo al informe de Evaluación de la Cuenta de Inversión. De la información suministrada por la DGPSA, en respuesta a la Nota AGCBA N° 2431/18, de 2016 a 2017 se ha sumado una la organización conveniada: Identidad Minesotta (modalidad internación). Los CIACs / DT han aumentado con la inauguración de nuevos centros durante 2017, con lo cual se ha ampliado la oferta de dispositivos y se ha ampliado la posibilidad de acercar la demanda de servicios de asistencia a prestaciones ambulatorias y de internación; lo cual constituye una mejora respecto a 2016.
- La falta de información sobre el período 2017 (informes trimestrales y metas ejecutadas del total del Programa) ha imposibilitado la comparación respecto a la información que integra los resúmenes de la Cuenta de Inversión correspondiente a dicho período.

En resumen, de la información analizada en este apartado -considerando la suministrada por la DGPSA- surge que al momento de la estimación de metas, tanto para el ejercicio 2016 y posteriores, no consta la estimación de información fundamental para la definición del presupuesto por programas, lo cual evidencia errores en el diseño del Programa en su etapa de planificación. De este modo, la DGPSA no ha determinado por lo menos:

La “población potencial” o “universo”: total por actividad / por programa (cantidad de personas con necesidad de prevención / rehabilitación de adicciones que cumpla con los criterios de elegibilidad del Programa. Es el universo o población potencial que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia del Programa y que -por lo tanto- pudiera ser elegible para su asistencia / atención (en rehabilitación o prevención de adicciones). (Observación 5.1.1.)

Sí se cuantifica la denominada “población objetivo” (meta programada). Es la cantidad de personas que el Programa tiene planeado o programado asistir / atender en prevención / rehabilitación que cumple con los requisitos de elegibilidad para cubrir la población potencial. En síntesis: lo que no determina es la población potencial, o el porcentaje respecto a la población potencial. Tampoco delimita la DGPSA cómo arriba a esa cantidad de meta programada, cómo se construye y diseña esa cantidad de meta programada en cada ejercicio presupuestario, cual es la necesidad pública que lo sustenta.

La cuantificación de las metas programadas y su grado de cumplimiento proporciona información respecto al producto alcanzado por el Programa en el ejercicio; pero no brinda

una evaluación respecto a sus resultados, en tanto, por ejemplo, no determina el grado de logro respecto al porcentaje sobre el universo alcanzado o en qué medida se logró reducir la población con consumo problemático en la CABA o a qué población cubre el Programa respecto a la población con consumo problemático o en qué grado se ha medido que los usuarios de drogas se han rehabilitado o han logrado mejorar sus condiciones de vida, han mejorado sus condiciones a partir de una situación de consumo y de vulnerabilidad social muy crítica, o se ha tenido acceso a las campañas de prevención focalizadas por franjas etarias o destinadas a la comunidad en general; por situar algunos resultados posibles durante el ejercicio y/o durante el desarrollo de políticas de mediano plazo¹¹. (Observación 5.1.1. y Observación 5.2.1.)

5.7. Estadísticas de población asistida por la DGPSA

En este apartado se dará cuenta de la información suministrada respecto a las estadísticas remitidas por la DGPSA de cada una de sus Gerencias.

Es importante considerar que para la generación de estadísticas -y como instrumento de gestión y control interno- es fundamental contar con información centralizada en bases de datos que cumplan con las condiciones mínimas: integridad, confiabilidad, disponibilidad; medida que no han sido implementada y tal como figura en el diagnóstico interno efectuado en 2016. En el período auditado no existía, y a mediados de 2018, se estaba trabajando para implementar una base integral del conjunto de las intervenciones de la Gerencia Operativa de Asistencia Social con información no solo sistematizada sino centralizada de las intervenciones y de las personas en tratamiento. (Observación 2.1.1. y Observación 2.1.2.)

Antes de dar cuenta de la información estadística en sí, se vierten algunas aclaraciones del proceso de registro de las mismas y de los datos que se han registrado, a partir de las respuestas obtenidas en tal sentido mediante la Nota AGCBA N° 2560 y en entrevista con el equipo de auditoría:

- Los datos de los dispositivos propios se envían desde la coordinación de cada uno al equipo de la DGPSA para ser sistematizada.
- El registro de beneficiarios alcanzados en las diferentes acciones que realiza el equipo de Prevención se registra en una base Excel que se remite a la Gerencia Operativa correspondiente y al equipo de la DGPSA.
- En las estadísticas totales de la Gerencia de Asistencia Social (o “totales ASA” según fue remitido originariamente) se responde que en dichos datos se han tenido en cuenta los beneficiarios de comunidades terapéuticas, ambulatorios y “conveniados”. No se responde respecto a los beneficiarios de los proyectos comunitarios y dispositivos propios.

¹¹ Para mayores datos sobre el perfil poblacional de las personas con consumo problemático en la CABA y los datos relevados en historias clínicas de personas en tratamiento, ver Anexo II de este informe.

- Al comparar el listado del archivo “Base 2016” con los convenios suministrados se verificó que el listado no incluye a beneficiarios en actividades de atención en organizaciones de proyectos comunitarios con las que se firmaron convenios. En entrevista con el equipo de auditoría, responsables de la DGPSA indicaron que no se contabilizaron a nivel estadístico. (Observación 2.2).
La base de estadísticas remitida contiene la información sobre demandas recibidas en ASA y su resolución, como indicó la DGPSA. Esa información no ha sido sistematizada ni objeto de estadística. (Observación 2.1.2.)

La DGPSA remitió las bases estadísticas de cada Gerencia: la de Asistencia Social con corte a diciembre 2016 y la de Prevención con actividades de todo el año 2016. En ambos casos se trata de archivos en formato Excel.

Como se expuso previamente, uno de los objetivos de la DGPSA -a través de su Gerencia de Asistencia Social- es definir los efectores necesarios y garantizar la disponibilidad. Asimismo, la propia Disposición N° 07/DGPSA/10 determina -con respecto a la cantidad de vacantes en cada efector propio o conveniado- que la DGPSA debe llevar una verificación constante de las disponibilidades a fin de evitar su agotamiento y buscar la ampliación de su número por medio de nuevos convenios. Del relevamiento surge que se ha ampliado la oferta de CIACs y DTs, desde el período auditado, y también ha habido declaraciones en tal sentido respecto a los dispositivos conveniados, en entrevistas con el equipo de auditoría, así como en la evaluación de la Cuenta de Inversión.

De la información remitida por la DGPSA en la Nota AGCBA N°2431/18, surge que la oferta de organizaciones conveniadas, desde 2016 a 2018 no ha sido ampliada de manera significativa, tal como se resume a continuación.

El total de vacantes informadas corresponden a 26 organizaciones, de las cuales 23 ya formaban parte de la oferta en 2016. Con lo cual se sumaron tres organizaciones, sin incorporar otras modalidades:

- Identidad Minesotta (modalidad internación dual): en 2017 y 2018.
- Alas de Libertad (modalidad ambulatorio): en 2018.
- Parroquia Nuestra Señora del Carmen (proyecto comunitario): 10 becas en 2018.

Respecto a la totalidad de vacantes, se especifican en la respuesta a la mencionada Nota entre las diversas modalidades, un total de 958 vacantes para el año 2016, 917 para el año 2017 y 945 vacantes para el año 2018.

5.7.1. Estadísticas de la Gerencia Operativa de Prevención Social

En respuesta a la Nota AGCBA N°2429/18, e información complementaria brindada en sede de la DGPSA¹², el ente auditado remitió la base de datos (en formato Excel) donde se registró la información de las capacitaciones y acciones de prevención desarrolladas durante el año 2016. También se brindó otro archivo correspondiente a 2017.

En la respuesta a la mencionada nota, la DGPSA indicó que las actividades se encuentran sistematizadas a los fines de identificar variables por edad, género y comuna”.

¹² 29/01/2019.

La información estadística de la Gerencia está organizada en los siguientes ejes:

- Capacitación
- Prevención comunitaria
- Adolescencia (en 2017 se denomina “prevención con jóvenes”)
- Prevención temprana
- En la base 2017 se agrega el eje “Cens”.

En cada eje se registra la siguiente información (por columnas): modalidad de la actividad, lugar (identificación del establecimiento), domicilio, fecha y cantidad de asistentes. En todos los ejes mencionados la unidad de cuantificación es “persona”.

A continuación se expone el análisis resultante de la información consolidada de actividades y población de la Gerencia Operativa de Prevención Social:

Cuadro 33: Síntesis estadísticas Gerencia Operativa de Prevención Social 2016:

Eje/ Actividad 2016	Niños	Jóvenes	Adultos	Total
Capacitación	2350	6170	4712	13232
Prevención Comunitaria	850	70	9028	9948
Adolescencia	60	2990	1549	4599
Prevención Temprana	2024	12	856	2892
Totales	5284	9242	16145	30671

Información suministrada por DGPSA

Del análisis de la base efectuado por el equipo de auditoría se ha constatado la duplicidad de registros, con lo cual la base adolece del criterio de integridad de la información, tal como ha sido proporcionada por la DGPSA. (Observación 2.1.1. y Observación 2.2.) Al eliminar los registros duplicados, se ha arribado a la siguiente cuantificación, por eje:

Cuadro 34: Síntesis estadísticas 2016 sin registros duplicados

Eje temático	Niños	Jóvenes	Adultos	Total
Capacitación	2050	3170	3699	8919
Prevención Comunitaria	850	70	8998	9918
Adolescencia	60 ¹³	2960	1549	4569
Prevención Temprana	1937	12	853	2802
Totales	4897	6212	15099	26208

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

La diferencia, es, en total de 4464 personas, lo que representa un desvío del 17% de la suma general.

¹³ Se contabilizan “niños” en eje temático Adolescencia en dos talleres destinados a 60 estudiantes de séptimo grado.

Si se compara la meta ejecutada con la base del archivo "Consolidado 2016", con y sin duplicaciones de registros, surgen las siguientes diferencias:

Cuadro 35: Metas y desvío anual

Estadísticas Consolidado 2016	Meta ejecutada 2016	Desvío Anual	Desvío Anual sin duplicaciones
30671	31033	362	4825

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De la base estadística consolidada 2017 surge un total de 38316 personas, en los distintos ejes y franjas etarias. Sin las duplicaciones la información es la siguiente:

Cuadro 36: Estadísticas Gerencia Operativa de Prevención 2017 sin registros duplicados

Eje temático	Niños	Jóvenes	Adultos	Total
Capacitación	1100	7100	2441	10641
Prevención Comunitaria	1610	891	11933	14434
Prevención con Jóvenes		5248	2941	8189
Prevención Temprana	1771	12	1179	2962
CENS		341	133	474
Totales	4481	13592	18627	36700

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Del cruce de información surge una diferencia de 1616 personas (desvío del 4,2%). De las estadísticas de la Gerencia respecto a 2017, sin registros duplicados, se arriba a un total de 36.700 personas, en los distintos ejes y franjas etarias.

De los cuadros y análisis precedentes, se concluye, específicamente, que:

- La cantidad total de personas que formaron parte de las mismas aumentó un 28,50%, pasando de 26.208 a 36.700 de 2016 a 2017. No se identifican personas distintas.
- El orden de priorización por franja etaria fue igual: adultos, jóvenes, niños, aunque el porcentaje de jóvenes aumentó en 2017 considerablemente.
- Bajó la priorización en niños y se mantuvo prácticamente en adultos.

Gráfico 3: Beneficiarios 2017

Beneficiarios de actividades de prevención en 2017 según franja etaria

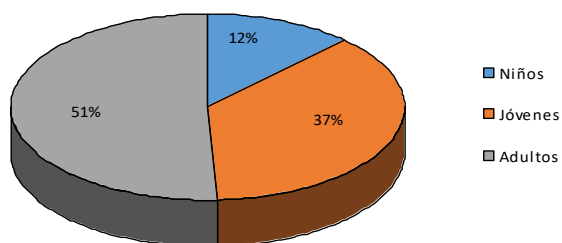
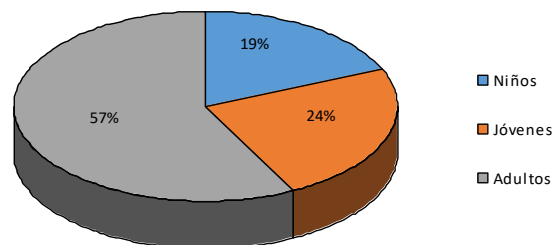


Gráfico 4: Beneficiarios 2016

Beneficiarios de actividades de prevención en 2016 según franja etaria



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

5.7.2. Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones

5.7.2.1. Estadística de personas asistidas

En respuesta a la Nota AGCBA N°2560/18 la DGPSA remitió la información estadística de la totalidad de personas atendidas durante 2016. El total corresponde a las personas que fueron derivadas por ASA en el período (de las organizaciones conveniadas no incluye a los proyectos comunitarios). (Observación 2.2.)

La información remitida ha sido la siguiente (se calcularon nuevamente los porcentajes por encontrar pequeñas diferencias):

Cuadro 37: Estadística Población Gerencia Operativa de Asistencia Social - ASA Promedio 2016						
Total Personas	Mayores	Menores	Masculino	Femenino	Internación	Ambulatorio
716	615	101	599	117	518	198
% DGPSA	84%	14%	83,79%	16,21%	72,12%	26,92%
% AGCBA	85,9	14,1	83,7	16,3	72,4	27,7

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Asimismo, en dicha nota se solicitó información estadística de la población del año 2017 de dispositivos conveniados y propios (y a su vez de cada uno de los propios y CIACs). La información remitida incluyó la población estadística de 2017 por efector propio y comunidades terapéuticas. Los totales se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro 38: Estadística Población dispositivos propios y conveniados 2017						
	promedio 1er. trimestre	promedio 2do. trimestre	promedio 3er. trimestre	promedio 4to. trimestre	suma total trimestres	promedio trimestral totales

Totales EP ¹⁴	408	415	500	415	1738	435
Totales CT ¹⁵	768	850	829	835	3282	821
Totales	1176	1265	1329	1250	5020	1255
información brindada por DGPSA					elaborado por AGCBA	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De la información estadística comparable entre ambos períodos surge que de 2016 a 2017 ha aumentado la cantidad de población asistida: se pasó de un promedio total de 716 personas a 841, lo cual representa un aumento del 17%. Las 841 personas asistidas como promedio en 2017 se ha calculado con el total de conveniados, más las 20 personas derivadas a Casa Puerto, según los datos suministrados por la DGPSA.

5.7.2.2. Base de beneficiarios 2016

En respuesta a la Nota AGCBA N°1203/18 y la Nota AGCBA N° 2429/18 (e información complementaria por mail¹⁶) el ente auditado remitió los archivos en formato Excel correspondientes a las bases de beneficiarios 2016 de los dispositivos propios y las organizaciones conveniadas¹⁷

Respecto a la base, en entrevista con el equipo de auditoría, responsables de la DGPSA y la Gerencia Operativa explicaron que está elaborada con la información registrada en ASA sobre los dispositivos conveniados (salvo proyectos comunitarios) y en los dispositivos propios. La base contiene información con cierre al 31 de diciembre de 2016: si está en blanco la información en “egreso” es porque la persona no egresó a esa fecha.

Análisis de la base de beneficiarios de organizaciones conveniadas

- De la información suministrada por el ente auditado, surge inicialmente un total de 719 personas. Del análisis realizado en primer término se pudo constatar que la base remitida presenta debilidades de integridad de información (en torno a la salvaguarda de la exactitud y la totalidad de la información y los métodos de procesamiento de la misma¹⁸). La base adolece de estandarización de la información suministrada; con sustanciales falencias en los registros. (Observación 2.1.1. y Observación 2.2.) Las debilidades de mayor relevancia fueron los siguientes:
- Falta de estandarización de carga del nombre y apellido, dificultando arribar a un orden lógico de los mismos.

¹⁴ EP: efectores propios de la DGPSA.

¹⁵ CT: comunidades terapéuticas (conveniados, no incluye proyectos comunitarios, si ambulatorios).

¹⁶ 29 de agosto de 2018.

¹⁷ En éstas últimas no se incluyen los denominados “proyectos comunitarios”: sí las comunidades terapéuticas de modalidad internación y centros ambulatorios de salud mental.

¹⁸ Definición de Integridad según Manual de Seguridad de la Información, SiGEB, con acceso 03/04/2019.

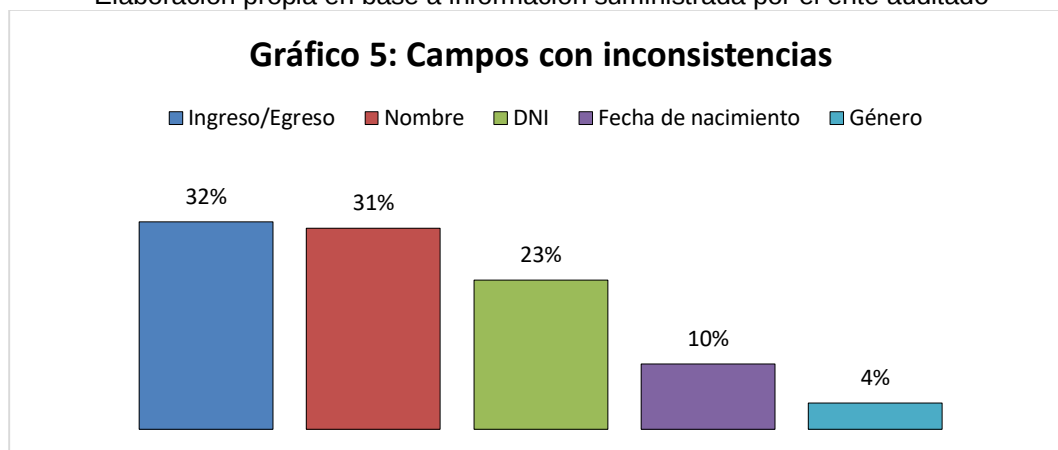
<https://www.buenosaires.gob.ar/sindicatura/manual-de-seguridad-de-la-informacion>

- Falta de coincidencia en las fechas de nacimiento de beneficiarios duplicados y en cuyo documento no se correspondía con su edad (incluso aparecerían como menores de 18 años, sin serlo por su DNI). Esto presenta grandes dificultades a la hora de poder realizar una estadística etaria de los beneficiarios y del control de los requisitos de la gestión respecto a la normativa y el encuadre de los tratamientos.
- Doble registro de beneficiarios: aparecen en tratamiento con internaciones en dos modalidades o comunidades terapéuticas simultáneamente, presentando inconsistencias en la información analizada.
- Inconsistencias en las fechas de egreso: posteriores a la fecha de ingreso.
- Las inconsistencias detectadas se resumen a continuación: existencia de fechas de ingresos y egresos de los tratamientos que corresponden a las mismas personas y que se superponen entre sí; los nombres, números de documento y fechas de nacimiento correspondientes a personas que figuran repetidas con datos diferentes en las distintas entradas y, el género (se registra sin coincidencia con el nombre).

Cuadro 39: Inconsistencias detectadas

Campo	Cantidad de inconsistencias	Porcentaje sobre el total
Ingreso/Egreso	57	32%
Nombre	56	31%
DNI	42	23%
Fecha de nacimiento	17	10%
Género	8	4%
Total	180	100 %

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De este modo, y tomando como parámetro de auditoría el COBIT¹⁹, se evidencian debilidades en cuanto a los criterios de efectividad, integridad confidencialidad,

¹⁹ COBIT: establece 7 criterios que debe poseer la información para tener control adecuado sobre la misma y lograr mejor desempeño y resultados.

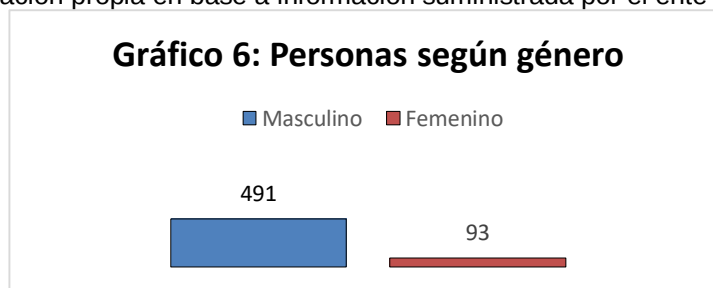
disponibilidad y confiabilidad de la información con respecto a la fuente de información. Una vez efectuado el análisis, descartadas repeticiones e inconsistencias, se llegó a un total de 584 personas distintas en el período auditado para el conjunto de las organizaciones conveniadas registradas en esta base.

A continuación se sintetiza la información del análisis resultante respecto a la población en tratamiento en los dispositivos conveniados (ambulatorios y de internación) durante 2016 (sin incluir proyectos comunitarios):

Cuadro 40: Género:

Género	Cantidad de Personas	Porcentaje sobre el total
Masculino	491	84%
Femenino	93	16%
Total	584	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

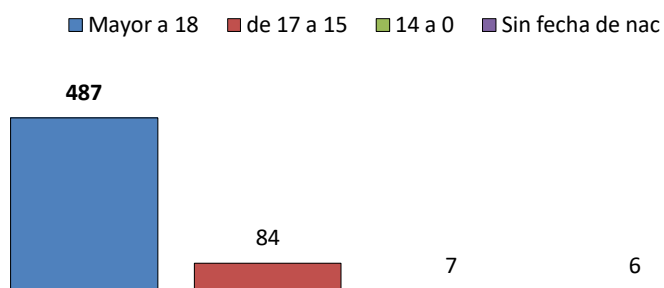
Cuadro 41: Rango etario

Rango Etario	Cantidad de personas	Porcentajes
Mayor a 18	487	84%
de 17 a 15	84	14%
14 a 0	7	1%
Sin fecha de nacimiento	6	1%
Total	584	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Estos son: Efectividad: tiene que ver con que la información sea relevante y pertinente a los procesos y se proporcione de una manera oportuna, correcta, consistente y utilizable. La eficiencia consiste en que la información sea generada con el óptimo (más productivo y económico) uso de los recursos. Integridad: la información debe ser completa y libre de errores. Confidencialidad: que tenga acceso restringido por los usuarios que correspondan. Disponibilidad: que la información esté disponible cuando sea requerida en cualquier momento. También concierne a la protección de los recursos y las capacidades necesarias asociadas. Confiabilidad: la información debe ser verdadera y creíble. Conformidad: la información debe ajustarse a determinadas especificaciones.

Gráfico 7: Franja etaria de las personas



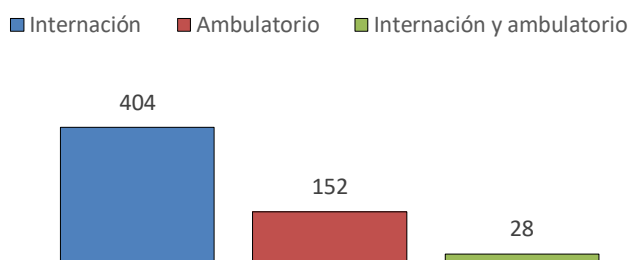
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 42: Modalidad de tratamiento

CANTIDAD DE PERSONAS POR MODALIDAD DE TRATAMIENTO		
Modalidad de tratamiento	Cantidad de personas	Porcentaje
Internación	404	69%
Ambulatorio	152	26%
Internación y ambulatorio	28	5%
Total	584	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 8: Cantidad de personas por modalidad de tratamiento



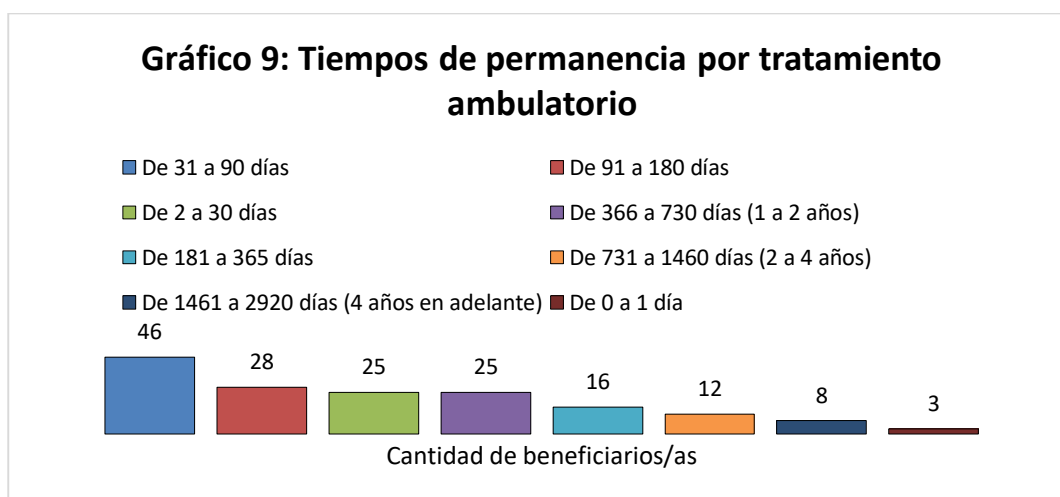
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 43: Permanencia por modalidad de tratamiento - Tratamiento ambulatorio

PERMANENCIA POR MODALIDAD DE TRATAMIENTO - AMBULATORIO		
Tiempos de permanencia	Cantidad de beneficiarios/as	Porcentaje
De 31 a 90 días	46	28%
De 91 a 180 días	28	17%
De 2 a 30 días	25	16%

De 366 a 730 días (1 a 2 años)	25	16%
De 181 a 365 días	16	9%
De 731 a 1460 días (2 a 4 años)	12	7%
De 1461 a 2920 días (4 años en adelante)	8	5%
De 0 a 1 día	3	2%
Total	163	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado



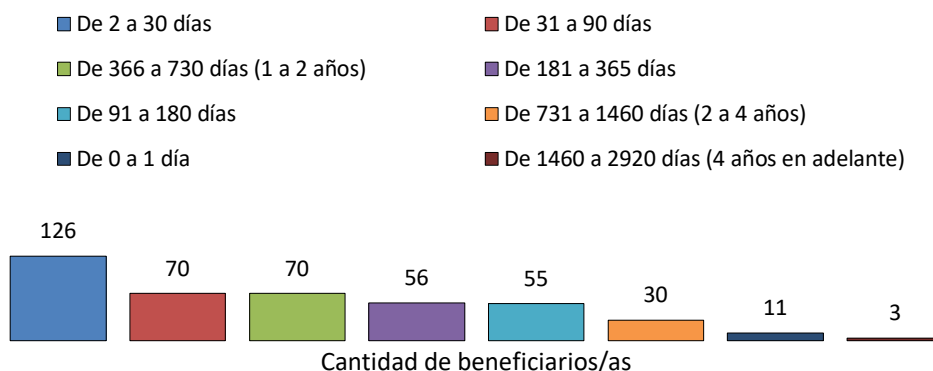
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 44: Permanencia por modalidad de tratamiento - Tratamiento de internación

PERMANENCIA POR MODALIDAD DE TRATAMIENTO - INTERNACIÓN		
Tiempos de permanencia	Cantidad de beneficiarios/as	Porcentaje
De 2 a 30 días	126	30%
De 31 a 90 días	70	17%
De 366 a 730 días (1 a 2 años)	70	17%
De 181 a 365 días	56	13%
De 91 a 180 días	55	13%
De 731 a 1460 días (2 a 4 años)	30	7%
De 0 a 1 día	11	2%
De 1460 a 2920 días (4 años en adelante)	3	1%
Total	421	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 10: Tiempos de permanencia por tratamiento de internación



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Análisis de la base de beneficiarios de dispositivos propios

La información remitida -que está registrada en formato Excel- contiene datos no unificados referidos a los beneficiarios de los efectores: Casa Flores, Casa Puerto, Casa Lucero y los diferentes CIACs. A continuación, el análisis efectuado:

- **Casa Flores:**

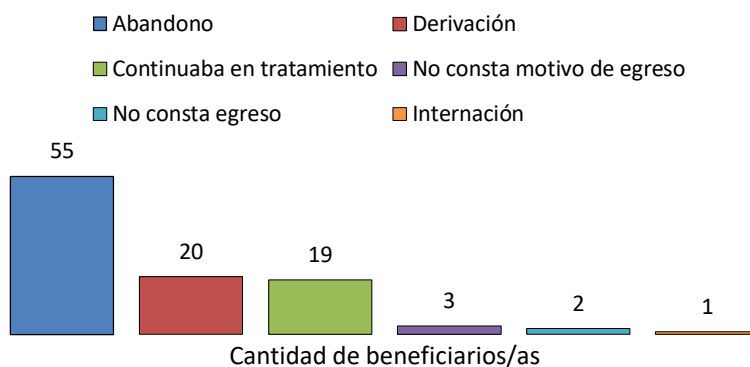
Los registros corresponden a 100 personas distintas en tratamiento.

Cuadro 45: Motivos de egreso por persona

Motivo de egreso	Cantidad de beneficiarios/a	Porcentaje sobre el total
Abandono	55	55%
Derivación	20	20%
Continuaba en tratamiento	19	19%
No consta motivo de egreso	3	3%
No consta egreso	2	2%
Internación	1	1%
Total	100	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

**Gráfico 11: Casa Flores según listado DGPSA -
Motivos de egreso por beneficiario/a**



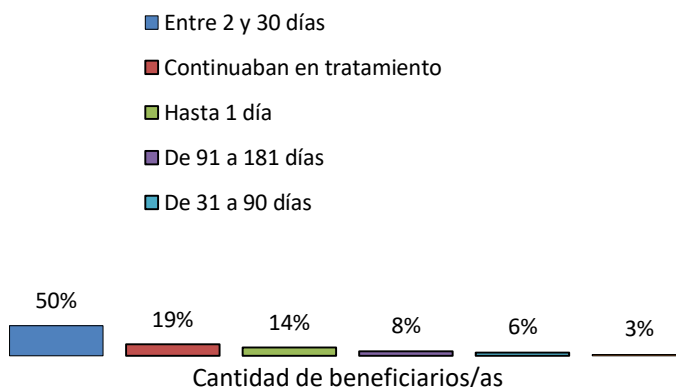
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 46: Tiempos de permanencia por persona

Período de permanencia	Cantidad de beneficiarios/a	Porcentaje sobre el total
Entre 2 y 30 días	50	50%
Continuaban en tratamiento	19	19%
Hasta 1 día	14	14%
De 91 a 181 días	8	8%
De 31 a 90 días	6	6%
Fecha de egreso inconsistente o ausente	3	3%
Total	100	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 12: Casa Flores según listado DGPSA - Tiempos de permanencia por beneficiario/a



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Casa Lucero:

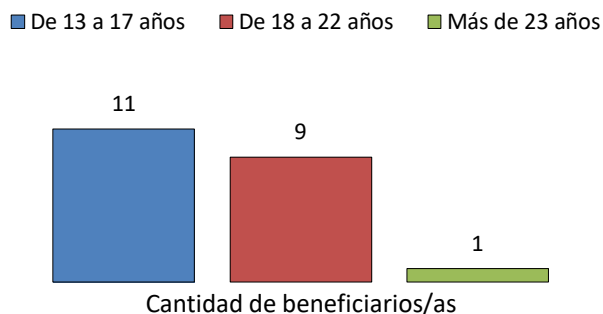
El registro consiste en un cuadro con los nombres, apellidos y edad de 21 personas distintas.

Cuadro 47: Franja etaria

Franja etaria	Cantidad de beneficiarios/as	Porcentaje sobre el total
De 13 a 17 años	11	52%
De 18 a 22 años	9	43%
Más de 23 años	1	5%
Total	21	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 13: Casa Lucero - franja etaria por paciente, Período 2016



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

• **Casa Puerto:**

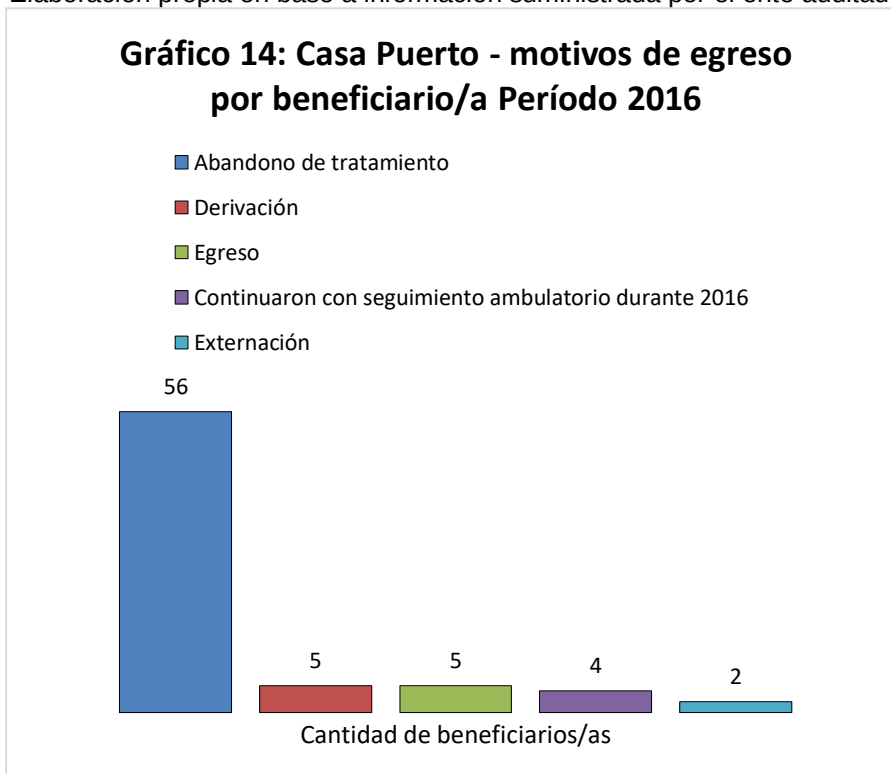
Para un total de 72 personas distintas en tratamiento durante el año, se concluyen los siguientes datos:

Cuadro 48: Motivos de egreso por persona

Motivo de egreso	Cantidad de beneficiarios/as	Porcentaje sobre el total
Abandono de tratamiento	56	78%
Derivación	5	7%
Egreso	5	7%
Continuaron con seguimiento ambulatorio durante 2016	4	5%
Externación	2	3%
Total	72	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 14: Casa Puerto - motivos de egreso por beneficiario/a Período 2016



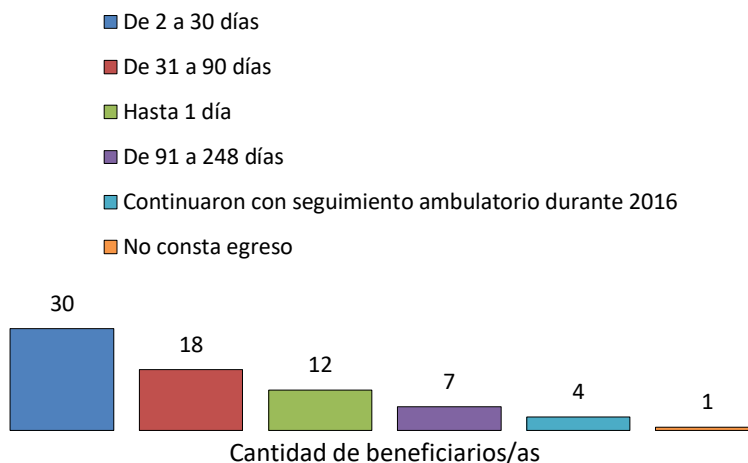
Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 49: Tiempos de permanencia por beneficiario/a

Tiempo de permanencia	Cantidad de beneficiarios/as	Porcentaje sobre el total
De 2 a 30 días	30	42%
De 31 a 90 días	18	25%
Hasta 1 día	12	17%
De 91 a 248 días	7	10%
Continuaron con seguimiento ambulatorio durante 2016	4	5%
No consta egreso	1	1%
Total	72	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Gráfico 15: Casa Puerto - Tiempos de permanencia por beneficiario/a Período 2016



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

• **CIACs:**

El registro cuenta con 175 personas atendidas en los distintos CIACs: Carrillo, Fátima, INTA, La Boca, Lugano / Piedrabuena, Ciudad Oculta, Paternal y San Cristóbal. En algunos casos son personas en tratamiento, en otros familiares.

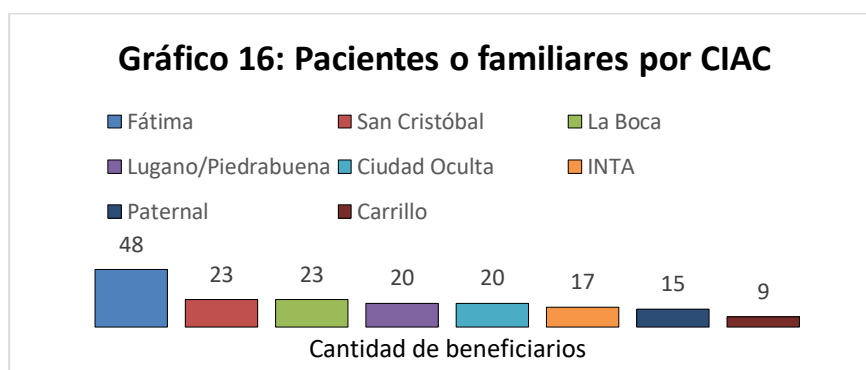
El total de personas en tratamiento o familiares por cada CIAC durante 2016 ha sido el siguiente:

Cuadro 50: Personas en tratamiento en CIACs

CIAC	Cantidad	Porcentaje
Fátima	48	27%

San Cristóbal	23	13%
La Boca	23	13%
Lugano/Piedrabuena	20	12%
Ciudad Oculta	20	11%
INTA	17	10%
Paternal	15	9%
Carrillo	9	5%
Total	175	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

5.7.2.3. Síntesis de la información estadística de la población asistida

La información remitida -y analizada- de la población asistida, de acuerdo con distintas fuentes, se sintetiza en los siguientes cuadros:

Cuadro 51: Estadística Población Gerencia Operativa de Asistencia Social - ASA Promedio 2016						
Total Personas	Mayores	Menores	Masculino	Femenino	Internación	Ambulatorio
716	615	101	599	117	518	198

Información suministrada por el ente auditado

Cuadro 52: Base de datos 2016 organizaciones conveniadas (CT y ambulatorios)								
Total de personas	Mayores	Menores	sin datos edad	Masculino	Femenino	Internación	Ambulatorio	Ambas modalidades
584	487	91	6	491	93	404	152	28

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 53: Base de datos dispositivos propios 2016					Proyectos comunitarios
Total personas distintas año 2016 Propios	Casa Puerto	Casa Lucero	Casa Flores	CIACs	Capacidad funcional 2016
366	70	21	100	175	525

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 54: Metas físicas ejecutadas Actividad 5 2016					
Personas bajo Tratamiento de Rehabilitación					
1er. Trim.	2do. Trim.	3er. Trim.	4to. Trim.	Total anual	promedio trimestral anual
538	756	789	718	2801	700

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De los cuadros precedentes, puede concluirse que:

- Las distintas fuentes de información no resultan coincidentes para determinar la cantidad de personas distintas que han sido asistidas en tratamientos como producción de la Actividad 5 (organizaciones conveniadas y propias).
- El total anual (metas físicas) de 2801 personas no expone la producción real de la Actividad en términos de personas distintas.

Si se suman las cantidades disponibles, según modalidades, de la información disponible se concluye que:

- 584 fueron las personas distintas asistidas en organizaciones conveniadas de internación y ambulatorios (surge de la base de beneficiarios 2016).
- 366 fueron las personas distintas en dispositivos propios (surge de la misma base) y
- 525 fueron las becas de proyectos comunitarios (según capacidad funcional de convenios).

Como total se llega a una cantidad anual de 1475 personas distintas durante el período auditado. Este valor no reemplaza la medición de metas ejecutadas puesto que no es posible con los datos disponibles efectuar los cálculos trimestrales de personas distintas, pero expresa una cantidad más exacta de las personas distintas en tratamientos de rehabilitación durante el año (la misma unidad de medida).

- La población atendida ha sido en un gran porcentaje de hombres y de mayores de 18 años, así como en dispositivos de internación, la cual puede extenderse por años. A su vez, el principal motivo de egreso es el abandono, y la adherencia al tratamiento es baja: más del 50% de las personas internadas estuvieron menos de un mes. Lo cual evidencia la necesidad de ampliar la difusión y promoción de las prestaciones entre la población femenina y NNyA, así como de adecuar la normativa interna hacia la franja etaria adulta, como así lo manifestó la DGPSA. También de generar estrategias que se adapten a la población, sus características, así como la eficacia de los tratamientos.

A fin de complementar la información estadística en tono con las responsabilidades primarias de la DGPSA, y acciones definidas para sus respectivas Gerencias, se han adjuntado en el Anexo II datos sobre consumo de sustancias psicoactivas, e información de interés relevada en las historias clínicas de la población asistida.

5.8. Informes de gestión. Cuadros de monitoreo.

En concordancia con las responsabilidades primarias de la DGPSA y las acciones definidas para sus respectivas gerencias operativas, en respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18 la Dirección General consignó respecto a sus funciones que la “Población objetivo” su política pública “está destinada a todos los ciudadanos de la ciudad” y que trabajan para “niñas, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores”.

Los destinatarios, entonces, de las políticas públicas de la DGPSA deben abarcan amplias franjas etarias, con criterios de elegibilidad y priorización que, en todo caso, están definidos en función de situaciones y condiciones de vulnerabilidad social y en las intervenciones y abordajes centradas en abordajes en redes comunitarias / territoriales, principalmente. Los destinatarios podrían llegar a ser más focalizados para el caso de las acciones de la G.O. de Asistencia Social, en tanto las acciones de la G.O. de Prevención Social son más amplias y abarca a mayores franjas poblacionales.

En lo que respecta a una de las acciones previstas para la Gerencia Operativa de Asistencia Social (“Definición de los efectores necesarios y garantizar la disponibilidad para abordar la problemática de las adicciones de acuerdo a sus dimensiones y características en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”), al ser consultados por el equipo de auditoría, los responsables de la DGPSA explicaron que en 2016 la línea de base para definir las modalidades y las cantidades ha sido la construida según datos de SEDRONAR, a partir de la cual la DGPSA ha diseñado sus políticas públicas. En ese sentido, se indicó que se consideraron estudios de SEDRONAR para la CABA, con cobertura para diferentes modalidades y eje en los sectores más vulnerables de la población.

De los requerimientos remitidos a la DGPSA mediante las Notas AGCBA N° 1203/18, N° 2429/18, N° 2430/18, N° 2431/18, N° 2560/18 se han solicitado informes diagnósticos, de planificación y/o de gestión e indicadores respecto a los objetivos / responsabilidades primarias / acciones de la Dirección General y sus Gerencias. También se solicitó informes respecto a la problemática de consumo de sustancias en la CABA.

Respecto a los informes de gestión, cumplimiento de objetivos, evaluación, y/o indicadores al ser entrevistados por el equipo de auditoría, los responsables hicieron referencia a un cuadro de monitoreo de la gestión que incluye entre otros aspectos los obstáculos a resolver. Se suministró copia del modelo de tal instrumento a nivel Gerencia Operativa en respuesta a la Nota AGCBA N° 2560/18: se explicó que el mismo se elabora de manera conjunta entre el equipo técnico de la DGPSA y las dos gerentes operativas a los fines de ir monitoreando la implementación de acciones.

Gerencia Operativa de Prevención Social:

Es de destacar que las acciones del cuadro de monitoreo marcan avances respecto a actividades con implementación incipiente durante 2016 -o implementadas posteriormente en el marco del desarrollo de los objetivos fijados para la Gerencia- principalmente:

- Prevención en contextos de nocturnidad: eventos en espacio público y ámbitos festivos.
- Articulación con equipos del área de Asistencia.

- Ampliación del impacto en CPIs.
- Implementación del Programa de Prevención en el ámbito laboral.
- Articulación con Grupos Comunitarios

Ante estos avances, se presenta la necesidad de fortalecer estas instancias, a través de la formalización de la unificación de criterios; la cuantificación de las proyecciones e indicadores y de sus resultados, la planificación de encuentros en función de la población objetivo y los recursos necesarios / disponibles en las distintas actividades, determinación del nivel de cobertura de las actividades en CPIs y Grupos comunitarios. (Observación 6).

Gerencia Operativa de Asistencia Social:

Respecto a las acciones de la Gerencia Operativa de Asistencia Social que constan en el cuadro de monitoreo se destaca que representan progresos en relación a las implementadas durante 2016 en el marco del desarrollo de los objetivos fijados el área, fundamentalmente:

- Reformulación del área de Supervisión a instituciones conveniadas con el propósito de sumar profesionales especialistas en distintas temáticas (psiquiatra, infraestructura, trabajador social / operador).
- Reforzar los recursos técnicos de los dispositivos propios.
- Incorporar la mirada de género.
- Reforzar las capacitaciones.
- Articulación con Salud en los CIACs mediante el trabajo articulado de los equipos técnicos en territorio, principalmente.
- Articulación con Sedronar, a través de diferentes líneas de acción como unificación de criterios e intervenciones conjuntas.
- Ampliar las políticas en territorio y descentralización de la admisión y evaluación.

Al igual que en la Gerencia de Prevención, resulta necesario profundizar estas estrategias a través de la formalización de la planificación de las mismas; la unificación de criterios; la cuantificación de las proyecciones e indicadores y de sus resultados, en función de la población objetivo y los recursos necesarios / disponibles en las distintas actividades, así como la articulación entre las respectivas gerencias. (Observación 6).

Asimismo, en respuesta a la Nota AGCBA N° 2560/18, el ente auditado, remitió -en diciembre 2018- otro documento al cual se describe como “el primer informe interno de gestión”. Este archivo en Powerpoint, que lleva por título “primer informe de avance 2016def”, se pasa a sintetizar:

Cuadro 55: Acciones propuestas por el auditado

Nivel	Acciones propuestas	Estado
-------	---------------------	--------

Centralizado DGPSA	Reordenamiento y creación área Legal / Técnica y Administrativa a partir de organigrama con roles y funciones para cada sector y personas	Ejecutado
	Centralizar área de Personal para fortalecer gestión de efectores	Ejecutado
Programas y acciones	Revisión de criterios de abordaje de la temática en efectores a través del monitoreo y la asistencia técnica permanente	Ejecutado
	Revisión de documentos de trabajo de los dispositivos para la elaboración de protocolos	Actualmente: protocolos en proceso
	Revisión del marco normativo: se detecta la necesidad de actualizar la normativa de la DGPSA	En proceso
	Revisión de los circuitos internos de liquidación y pago de becas.	Ejecutado en 2018
Relevamiento territorial de los efectores	Aumentar la demanda a partir del fortalecimiento de los equipos técnicos e implementación de parámetros de abordaje comunitario y territorial. Inclinar las intervenciones y modalidades hacia el territorio.	Ejecutado: se abrieron durante el 2017 4 dispositivos nuevos territoriales
	Proceso de articulación y trabajo conjunto con equipos técnicos del Ministerio de Salud: se acordaron espacios de trabajo en territorio en zonas de alta vulnerabilidad, potenciando los equipos de los CIACs y CESAC como espacio físico de anclaje territorial.	
	Se inició el esquema de trabajo con equipos territoriales con el objetivo de descentralizar la derivación de los casos trabajados en el territorio a los dispositivos bajo la modalidad de internación o ambulatorios, instalando el seguimiento por parte de los mismos actores que están en territorio a lo largo de todo el trayecto y las diferentes etapas del tratamiento.	
	Se inició un proceso de articulación con los espacios de intervención territorial del SEDRONAR: se acordaron agendas de trabajo conjuntas y monitoreo compartido de instituciones en gestión asociada con ambos gobiernos.	Continúa ejecución y trabajo articulado con organismo nacional
	Se inició la implementación de espacios de asistencia técnica desde nivel central a los equipos de los efectores de manera sistemática (durante el primer semestre será semanal)	Sin especificar
	Se iniciaron mejoras de infraestructura a los efectores propios articulando con el área de Infraestructura.	Ejecutado, Casa Flores, CIAC San Cristóbal
	Se planificó el incremento paulatino del suministro de recursos para los efectores propios (técnicos y materiales).	Ejecutado
Centralizado DGPSA	Diseñar herramientas y circuitos para registro de datos cuali y cuantitativos para toda la DG.	Ejecutado: se implementaron modos de sistematización a nivel de equipo central de la DGPSA
Prevención	Ampliar el impacto de las acciones de sensibilización en prevención temprana	Ejecutado: se incrementaron acciones para niños de 4 a 11 años. Se incrementa el equipo de prevención
	Ampliar el impacto de prevención en nocturnidad	Ejecutado
	Ampliar el impacto en talleres de sensibilización	Ejecutado

	Necesidad de elaborar nuevas piezas de difusión	Ejecutado
Conclusiones generales del primer diagnóstico:		
Se establece primer eje de intervención: ampliar la accesibilidad de la política pública en territorio		
Descentralizar la admisión e ingreso de casos		
Reformular el abordaje desde el paradigma de la reducción de riesgos y daños		
Elaborar estadísticas junto con el OAD		
Implementar nuevos circuitos de sistematización de datos		

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Las acciones propuestas y conclusiones del cuadro anterior incluyen la detección diagnóstica de necesidades, estrategias y acciones implementadas de manera incipiente durante el período auditado y años sucesivos y otras a desarrollar.

Por las respuestas y entrevistas efectuadas surge que no se han elaborado informes de gestión en 2016 que incluyan indicadores para medir los resultados de la gestión. Asimismo, los documentos elaborados presentan la necesidad de profundizar estas estrategias a través de la formalización de la planificación; la unificación de criterios; la cuantificación de las proyecciones e indicadores y de sus resultados, en función de la población objetivo, y los objetivos de gestión y responsabilidades primarias definidos para la DGPSA y sus Gerencias. (Observación 6).

5.9. Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones

5.9.1. Acciones de la Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones

Las acciones y funciones de la Gerencia, en tanto área responsable de la Prevención de Adicciones -dentro de la DPGPSA- están formuladas en varias normativas, principalmente: la Ley N° 2318, su decreto reglamentario (N° 484/2010), así como la Disposición N° 07/DGPSA/10 y el decreto de estructura N° 399/2016. A continuación, se expondrán los lineamientos que corresponden a los objetivos de gestión de la Gerencia y las acciones que desarrolla para llevarlos a cabo.

En función del último decreto mencionado, la Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones tiene a su cargo una serie de acciones, las que definen sus objetivos de gestión:

- Fortalecer las redes comunitarias y disminuir los umbrales de vulnerabilidad de los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en particular la de los grupos de niños, niñas, adolescentes y adultos que se encuentran en situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.
- Definir planes estratégicos de prevención integral, que contemple especialmente la prevención primaria, la concientización respecto de los riesgos del consumo abusivo de alcohol y el estímulo de hábitos saludables desde la primera infancia.
- Fortalecer el vínculo familiar y las organizaciones comunitarias públicas y privadas, dotando a la comunidad herramientas para la disminución del consumo de sustancias psicoactivas.

- Impulsar el desarrollo de Centros de Prevención Social en Adicciones que funcionen como centros de referencia, e integren a la comunidad educativa, a los centros de salud, y a las organizaciones sociales.
- Organizar cursos de capacitación y actualización para profesionales y técnicos que actúan en la prevención de adicciones en organismos gubernamentales y no gubernamentales.

De ese modo, a partir de las acciones previstas en el citado Decreto, la Gerencia de Prevención organiza internamente sus actividades en sus ejes de atención: Prevención Temprana, Prevención con Adolescentes, Prevención Comunitaria.

Cuadro 56: Modalidades de las actividades en la práctica y su correspondencia con los lineamientos de la mencionada normativa:

Acciones de la G.O. (Decreto N° 399/2016)	Actividades de la G.O.
Fortalecer redes comunitarias y disminuir los umbrales de vulnerabilidad de los habitantes de la CABA, en particular la de los grupos de NNyA y adultos que se encuentran en situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.	Talleres de prevención temprana (con niños de 4 a 12 años). Talleres con adolescentes y jóvenes de 13 a 30 años. Trabajo de manera indirecta con adultos responsables (docentes o familiares).
Fortalecer el vínculo familiar y las organizaciones comunitarias públicas y privadas, dotando a la comunidad herramientas para la disminución del consumo de sustancias psicoactivas.	Talleres para familias en CPIs
Organizar cursos de capacitación y actualización destinados a profesionales y técnicos que actúan en la prevención de las adicciones en organismos gubernamentales y no gubernamentales.	Capacitaciones internas y externas. Eventos de sensibilización en espacio público.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Las anteriores actividades se complementan con las que determina el Decreto N° 484/2010 respecto a las funciones de las Unidades de Prevención en Adicciones. Como se expresó anteriormente en el Decreto N° 399/2016 también se preveía la conformación de espacios para el desarrollo de las actividades de prevención, a través de la siguiente acción:

- Impulsar el desarrollo de Centros de Prevención Social en Adicciones que funcionen como centros de referencia, e integren a la comunidad educativa, a los centros de salud, y a las organizaciones sociales.
- Incluso la Disposición N° 07/DGPSA/10 también determina la creación de Centros de Prevención Social en Adicciones (CPSA) en el marco de la conceptualización por la cual "Prevenir implica trabajar sobre el sujeto (las personas) y no sólo sobre el objeto (las drogas)".

Los propósitos definidos para los Centros de Prevención en la normativa interna de la DGPSA se corresponden con las funciones previstas en el Decreto N° 484/2010 de junio de 2010. Resulta importante mencionar que por la Ley N° 2318 y su decreto reglamentario se establece la creación de las Unidades de Prevención en cada comuna con la misión

del “desarrollo de las estrategias locales de prevención en coordinación con actores sociales presentes en la Ciudad”. Deben estar coordinadas por agentes idóneos en la materia y funcionar en efectores propios del Ministerio de Desarrollo Social.

El decreto N° 484/2010 establece las funciones de las Unidades de Prevención en Adicciones de cada comuna que dependa de la DGPSA.

Respecto a los objetivos de la Gerencia y sus funciones se da la particularidad de contar con tres normativas base que prevén sus lineamientos -también fijados en la descripción presupuestaria- que en 2016 plantea la creación de Centros de Prevención Comunitaria donde “se propone trabajar en la información y formación de la población no afectada, generando un espacio con el fin de fomentar conocimiento, pensamiento crítico, capacidad de reflexión, como así también, la creación de hábitos, valores y estilos de vida que ayuden a enfrentar la problemática de las adicciones”.

Estos centros desarrollarán sus acciones “en el marco de una Política Integral en Prevención y Atención de las Adicciones surge la necesidad de construir mecanismos sociales que contribuyan a evitar el consumo de drogas, generando acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales existentes, que se constituyan en tejidos de prevención social comunitaria”, expresa la descripción presupuestaria 2016.

En la descripción presupuestaria 2017 se plantea la creación de centros de prevención y asistencia comunitaria, con las mismas funciones y objetivos que en la descripción presupuestaria anterior.

De esa manera las normativas tanto emitidas por el Poder Legislativo como por el Ejecutivo -distintos niveles de jerarquía- plantean la creación de centros de prevención desde 2010. Estos dispositivos no fueron creados como tales como se expresa a continuación. Funcionan en otras dependencias y/o bajo la órbita de la DGPSA, pero a cargo de la Gerencia de Asistencia Social. (Observación 7.1.1).

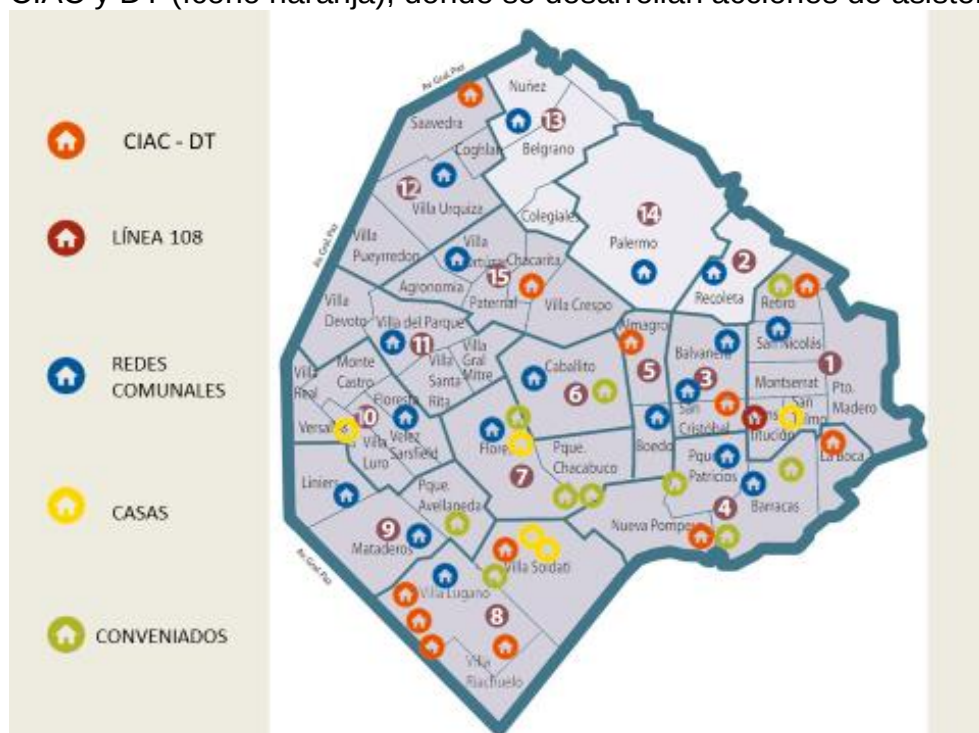
5.9.2. Centros de prevención en adicciones

Mediante Nota AGCBA N° 2429/18 -en el marco de lo establecido por el Decreto N° 484/2010- se solicitó al ente auditado la nómina completa de todos los centros / unidades de prevención de la DGPSA que internamente dependan de la Gerencia Operativa de Prevención Social en funcionamiento durante 2016. Se consultó si fueron inaugurados otros posteriormente (hasta octubre de 2018).

Las actividades de prevención -respondió el ente auditado- se desarrollan en los dispositivos propios de la DGPSA y en otros organismos de la Ciudad de Buenos Aires, como así también actores territoriales como organizaciones barriales, comedores. Las actividades de prevención se desarrollan alcanzando una cobertura total de las comunas de la Ciudad, indicó el ente auditado. En la base de datos que fue suministrada por la DGPSA no se identifica la comuna en la cual se desarrollaron las actividades (o en su defecto en qué comuna ha impactado), salvo que la propia actividad se haya llevado a cabo en la sede comunal correspondiente.

Del relevamiento efectuado surge que durante 2016 no se inauguraron nuevos centros y que las actividades de prevención se desarrollaron en los dispositivos ya existentes de la Dirección General. Es decir que se trata de los dispositivos dependientes de la Gerencia

Operativa de Asistencia Social: CIACs con nuevas sedes inauguradas en 2017 tal como había sido informado en respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18. También desde 2017 se inauguran nuevos dispositivos denominados “DT” (dispositivos territoriales”) con tareas de asistencia y prevención con mayor impronta territorial como su nombre lo indica. Del relevamiento efectuado en la sede de la DGPSA²⁰ surge la ubicación de los centros CIAC y DT (ícono naranja), donde se desarrollan acciones de asistencia y prevención.



Información suministrada por el ente auditado

Cuadro 57: CIAC / Dispositivos territoriales			
Dispositivo	Dirección	Comuna	Año de funcionamiento
San Cristóbal	San Juan 2353 (en Zonal 3)	3	En funcionamiento en 2016
La Boca	Coronel Salvadores 799 (en Zonal 4)	4	
Carrillo	Somellera y Martínez Castro (en Cesac 24)	8	
Barrio Lugano I	Soldado de la Frontera 5144 (en Cesac 3)	8	
Barrios Lugano II / Piedrabuena	2 de abril 1892 y Montiel (en Cesac 7)	8	
Barrio Inta	Dellepiane Este 6900 (en Cesac 29)	8	
Paternal	Almirante Seguí 2125 (en Zonal 15)	15	
Barrio Oculta / Villa 15	Piedrabuena 3200 (en Cesac 5)	8	
DT Barrio 21 / 24	Osvaldo Cruz y Zavaleta (en Cesac 35)	4	
DT Almagro / Boedo	Medrano 350 (en Cesac 38)	5	

²⁰ El 3 de octubre de 2018.

DT Barrio 31	Salita Playón bajo autopista. Luego en Centro Somos Familia: Calle 14 M113 Casa 3 B° San Martin	1	Inaugura dos en 2017
DT Villa Mitre	Arias 3856 (en Cesac 27)	12	

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado

De la información suministrada, entonces, surge que los centros en los que se desarrollan actividades de prevención (que dependen en el organigrama interno de la Gerencia de Asistencia Social), tienen domicilio en las comunas: 1, 3, 4, 5, 8, 12 y 15; sin presencia en las restantes: 2, 6, 7, 9, 10, 11, 13 y 14. Los dispositivos se desarrollan en centros de Salud (Cesacs) dependientes del Ministerio de Salud y en servicios sociales zonales dependientes del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. (Observación 7.1.2)²¹.

En entrevista con el equipo de auditoría, responsables del ente auditado expusieron -al ser consultadas sobre la existencia de centros de prevención- que los centros dependen de la G.O. de Asistencia Social pero ya desde 2016 algunos realizaron actividades y acciones de prevención. Ya en el 2017, indicaron, se reorganizan los centros y la gestión de prevención y asistencia forma parte de todos los centros CIAC. Desde 2017 se inauguran los dispositivos territoriales que junto con los CIACs tienen el eje compartido en la prevención y la asistencia, explicaron. Ante la consulta de las auditoras en torno a la normativa vigente, indicaron que por una decisión de gestión no existen centros formales para prevención exclusivamente como establece el mencionado decreto.

Independientemente de los lugares donde se desarrollan las actividades de prevención, el espíritu de la normativa es que se constituyan en centros de referencia en la materia, con identidad propia, de ahí la necesidad de que dependan de la DGPSA y que funcionen en espacios del Ministerio.

En los trámites, programas y servicios de los Servicios Sociales Zonales (página web de la Ciudad de Buenos aires²²) no se mencionan los referidos a la DGPSA en particular. En el Sitio se indica que es posible acercarse a los Zonales a recibir información y asesoramiento sobre los programas y servicios sociales que brinda la Ciudad. Al abrir el link se accede a la información de la DGPSA: una de las páginas corresponde a Prevención

<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/adicciones/prevencion>.

En esta página se explica sintéticamente el rol de los programas de prevención que implementa la Ciudad, entre los cuales incluyen aquellos enfocados en prevención temprana, prevención en adolescentes y en prevención en vía pública y eventos masivos. Asimismo, se incluyen varios enlaces que permiten acceder a las diferentes guías y manuales en formato pdf (guías para docentes y familias, manual de promoción de hábitos saludables, entre otros). Las guías contienen información sobre los recursos del GCBA, identificando a la DGPSA entre ellos. Una de las Guías contiene el Manual de Prevención

²¹ De la información relevada durante la etapa del descargo de este informe, a diciembre de 2019, surge la incorporación de espacios y centros en las comunas 6, 7 y 14; lo cual redundará en mejoras para la gestión en prevención de la DGPSA.

²²

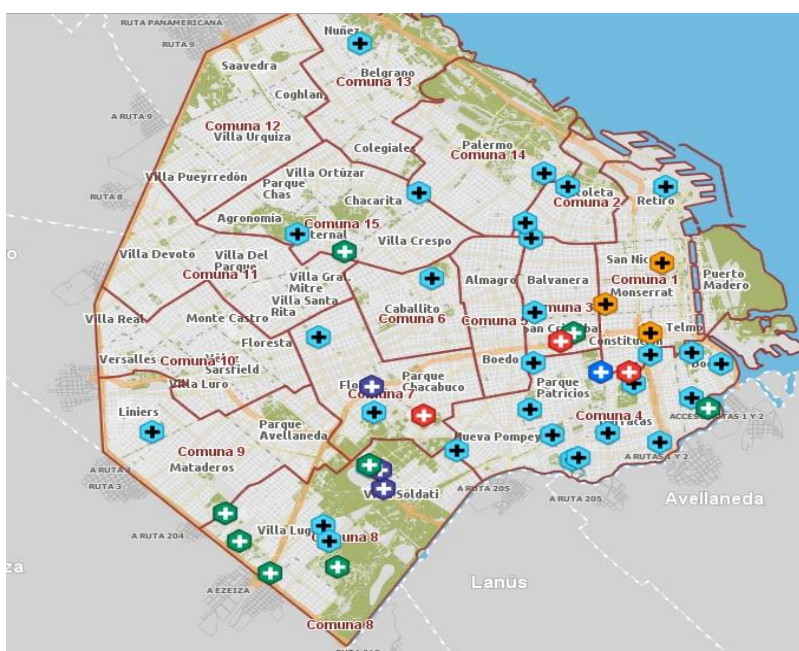
<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/serviciossocialeszonales/tramitesprogramasyseivicios> con acceso 13/05/2019

Temprana, elaborado en marzo de 2019 por la propia Gerencia. Incluye información sobre los fundamentos, objetivos, estrategias de abordaje (talleres), herramientas expresivas. En los contenidos para adolescentes también se destaca otro material elaborado por la DGPSA, la Guía para Prevención de los consumos problemáticos para jóvenes y adolescentes: herramientas para la intervención en instituciones educativas, con aportes teóricos y prácticos.

No se hace referencia a ninguna información sobre los centros de atención de prevención en espacios físicos de zonales, Cesacs, CIACs y/o dispositivos territoriales. Por último, en esta página se incluye la posibilidad de que un especialista dicte un taller sobre la temática indicando el teléfono de la DGPSA (4124-5895) y su mail.

Por otro lado se brinda el link para obtener más información y asistencia a través de la línea 108: <https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/linea-108-opcion-asistencia-de-adicciones>). Al ingresar en este link (cuyo título es Línea 108, opción 3 - Asistencia en Adicciones) se hace referencia a la posibilidad de realizar una llamada telefónica a la línea antes mencionada, y se incluye un mapa con la localización e información de los diferentes centros de admisión y derivación, centros propios, CIACs, etc.

El mapa permite localizar dispositivos de distintas modalidades. De cada uno de los establecimientos referenciados en el mapa se brinda información, la cual se sintetiza a continuación:



Fuente: Buenosaires.gob.ar

Cuadro 58: Información página web Línea 108 Asistencia de Adicciones (síntesis referencias mapa de dispositivos)

Modalidad	Cantidad	Barrios / Nombres	Información
	8		Horario: variable

Centros de Intervenciones Asistenciales Comunitarias CIACs (DGPSA, Mrio. de Desarrollo Humano y Hábitat)		San Cristóbal / Paternal / La Boca / Carrillo / Villa 15 / Lugano I y II / Inta	Detalles para la admisión: espontánea
Casas de Atención Propias (DGPSA, Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat)	3	Flores / Fátima / Lucero	Se indica perfil poblacional. Horario de atención y horario para admisión (espontánea), dirección, teléfono y comuna
Hospitales y Centros de Salud (CESACs) dependientes del Ministerio de Salud.	27	Hospitales generales de agudos (Fernández, Rivadavia, Durand, Ramos Mejía, Argerich, Álvarez, Piñero, Santojanni); CESACs (33, 41, 9, 1, 30, 32, 16, 8, 18, 43, 39, 35), Ex CIC Villa 31, hospital de emergencias psiquiátricas Alvear, centros de salud mental (3 Ameguiño y 1 Rosales), Hospital Borda, hospitales de niños (Gutiérrez y Elizalde).	Se indica dirección, teléfono, comuna, horario y detalles de admisión.
Consejerías (dependientes de la DGPSA y de Sedronar)	3	DGPSA: Centro de Admisión y Derivación y de Sedronar; Sedronar; DGPSA propiamente dicha.	En el caso de Sedronar y Centro de Admisión de la DGPSA (calle Piedras) se indican horarios, requisitos para asistencia y perfil poblacional e información de admisión en el caso de la DGPSA. De todos: teléfono, dirección y comuna. De la DGPSA no brinda otra información.
Centro de orientación en adicciones de Sedronar	1	Cenareso	Horario, detalles para admisión. Dirección, teléfono y comuna.
Centros de día (dependientes del Ministerio de Salud)	3	Centros de día (Carlos Gardel, Biedak y Lobe)	Horarios, detalles para admisión y perfil poblacional e información anexa. De todos: dirección, teléfono y comuna.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

5.9.3. Funciones del Decreto N° 484 para las Unidades de Prevención

En lo que respecta al desarrollo de las funciones a cargo de las Unidades de Prevención en Adicciones -establecidas en el Decreto N° 484-, la Gerencia las lleva a cabo en los dispositivos dependientes de la Gerencia de Asistencia Social, a través de las siguientes acciones:

Cuadro 59: Decreto 484/2010

Funciones de las Unidades de Prevención en Adicciones	Acciones de la G.O.
Conformación de redes de prevención integral.	Participación en diferentes redes.
Realización de cursos, charlas y jornadas de sensibilización y concientización abiertas a la comunidad	Capacitaciones internas y externas y eventos en espacio público y actividades de sensibilización
Orientación, contención y derivación de consultas particulares sobre consumo y abuso de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo.	En todas las actividades que realizan -sin importar su dimensión- ya sea una charla, taller o un evento en vía pública se reciben consultas, orientan a vecinos, y en algunos casos sugieren la derivación a un dispositivo de Asistencia de la DG para canalización de la demanda al dispositivo que corresponde.
Programación y coordinación de acciones de prevención en forma permanente en conjunto con la comunidad.	Las acciones que realizan son en contacto con la comunidad. Las charlas, talleres y capacitaciones las realizan directamente con distintas instituciones y organizaciones de la comunidad (escuelas, comedores, hogares, CPIs, CESACs, etc.). Lo hacen a través de herramientas para la prevención, detección e intervención con lo cual ese aprendizaje vuelve a la comunidad de manera indirecta.
Capacitación a actores de la comunidad con el objeto de convertirlos en multiplicadores comunitarios a fin de optimizar el impacto social de la prevención en adicciones. Planificar y brindar capacitaciones y talleres.	2016: Programa de formación de multiplicadores adolescentes y jóvenes en prevención de adicciones" Preventores sociales"
Articulación de los centros y coordinación con otras áreas del GCBA e instituciones de todo tipo.	Articulación con diferentes áreas del GCBA

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Algunas aclaraciones respecto a las acciones detalladas en el cuadro anterior:

- De las actividades de orientación, contención y derivación (consultas que se reciben, orientación a vecinos y sugerencias de derivación y canalización de demandas de Asistencia): no se lleva registros de estas demandas. (Observación 7.2.1 y (Observación 7.1.2).
- Sobre la programación y coordinación de acciones en forma permanente con la comunidad, el circuito se inicia ante una demanda determinada: se realiza una primera entrevista de acercamiento a la institución, a modo de ampliar datos de la demanda y diagnosticar la necesidad de capacitación. El equipo planifica una propuesta particular que se ajuste a esa necesidad, y se implementa. "Esto da cuenta que las acciones de prevención son plenamente desde su inicio a su fin en coordinación con la comunidad", consideró la DGPSA.

Resta mencionar que se llevan a cabo acciones de prevención primaria y de concientización, tal como establece el Decreto N° 399/2016, sin el desarrollo de planes estratégicos propiamente dichos en tal sentido.

Respecto a la elaboración de planes estratégicos de prevención integral no se han establecido los lineamientos de la planificación estratégica cuyas características principales son²³:

- Identificación de objetivos, indicadores y metas para evaluar los resultados;
- Desarrollo de procesos de planificación estratégica a través de herramientas para alinear las prioridades a los recursos y establecer la base para el control y evaluación de las metas.
- Identificación de niveles concretos de responsables del logro de las metas. (Observación 7.2.1 y (Observación 7.1.2).

5.9.4. Ejes internos de la Gerencia Operativa de Prevención Social: prevención temprana, con adolescentes, comunitaria, capacitación y difusión

La organización interna de la Gerencia Operativa durante 2016 quedó conformada en función de 4 áreas en correspondencia con su población destinataria, sin reflejo en el organigrama real de la DGPSA:

- Prevención Temprana
- Prevención con Jóvenes
- Prevención Comunitaria
- Capacitación y Difusión

Las actividades se desarrollan en función de distintos ejes organizados en función de las franjas etarias de las personas a las que están destinadas:

- Prevención de niños: desde 4 años a 12 años.
- Prevención de adolescentes: de 13 a 18 años.
- Prevención de jóvenes: hasta 30 años.
- Prevención de adultos
- Prevención de adultos mayores: desde los 60 años.

En términos generales las actividades -en particular de los grupos de niños, niñas y adolescentes- tienen el objetivo principal de retrasar la edad de inicio y disminuir la demanda del consumo de sustancias.

En los talleres de prevención temprana se busca que los niños desarrollen habilidades psicosociales y sus valores, desde la prevención inespecífica, para generar conciencia de los riesgos de las prácticas de consumo.

En los talleres con adolescentes y jóvenes se trabaja tanto en la prevención inespecífica como en la específica²⁴, desarrollando habilidades psicosociales e informando sobre los

²³ Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (CEPAL 2009).

²⁴ En la prevención inespecífica las actividades se dirigen a fortalecer y a proveer herramientas de diferente índole (deportivas, culturales, recreativas, etc.) que funcionan como recursos indirectos que motivan a que la población se mantenga alejada del consumo de drogas. En la específica las acciones se desarrollan para evitar directamente el consumo problemático.

riesgos asociados al consumo de sustancias, reflexionando junto a los jóvenes sobre sus prácticas de consumo, prácticas de cuidado y consumo responsable.

A su vez se trabaja de manera con adultos responsables de niños, niñas y jóvenes, ya sean docentes o familiares, para generar conciencia de los consumos actuales, y reflexionar sobre pautas de crianza y acompañamiento del rol adulto en las distintas etapas de la vida.

En agosto de 2017, se reorganizan internamente las áreas, pasando de cuatro a tres:

- Prevención Temprana (niños de 4 a 12 años): demandas que surgen espontáneamente de cada escuela o por sugerencia de GOEA (GO de Equipos de Apoyo del Ministerio de Educación). También reciben demandas de otras instituciones como CPIs u hogares.
- Prevención con Jóvenes (13 a 30 años): demandas que surgen espontáneamente de cada escuela o por sugerencia de la GOEA. También reciben demandas de instituciones como hogares y otros programas de GCBA.
- Prevención comunitaria (adultos, adultos mayores, público en general): eventos en el marco de efemérides anuales, participación en efemérides de relevancia para otros programas e instituciones participantes de las redes, talleres y capacitaciones cuyas demandas surgen de la articulación mensual en las redes, acciones de sensibilización y difusión de la DGPSA.

La Gerencia no cuenta con un protocolo ni manual de procedimientos con definición de objetivos, funciones, tareas, plazos y circuitos establecidos para el desarrollo del conjunto de sus actividades. (Observación 1.1.2.)²⁵

Como se expuso previamente, hasta mediados de 2017 en la Gerencia Operativa funcionaba un Programa de Capacitación para actividades internas y externas. Las solicitudes de capacitación se recibieron por distintas vías²⁶: mail, teléfono, desde las redes comunales o por contacto “boca en boca”. No existía hasta ese momento un registro de demandas de manera formal que las centralizara.

Las áreas planifican las actividades para cada año calendario en función de las demandas que surjan²⁷. En todos los casos, las demandas de capacitación docente en el caso de educación media las canaliza el Programa de Prevención con adolescentes, y en el caso de escuelas primarias, el Programa de Prevención Temprana. Cabe destacar que todas las capacitaciones apuntan a apropiarse de la temática, y poder brindar herramientas de intervención, dejando capacidad instalada en los referentes que se capacitan.

²⁵ La Disposición N° 455/DGPSA/2019 (aprobada el 29/11/2019), la cual remitida por el ente auditado en oportunidad del descargo de este informe, aprueba un protocolo específico para la Gerencia Operativa de Prevención, en su anexo XIII, lo que constituye un avance respecto al marco normativo anterior.

²⁶ Por mail a adiccionesdgpsa@buenosaires.gob.ar, por consulta en a la línea teléfono 108 (Línea de Contención en Adicciones), por ejemplo.

²⁷ Con excepción de las actividades de la Mesa Interministerial que se desarrollan en el apartado correspondiente.

En cuanto a la planificación anual, por ejemplo, Prevención Temprana, en marzo elabora una agenda cuatrimestral de trabajo con escuelas, de acuerdo a la demanda de instituciones. Estas pueden surgir de la articulación propia con el Ministerio de Educación, por pedido espontáneo de la escuela, por algún docente que ya participó de algún taller y trabaja en otra escuela, y quiere que también se haga allá, o por demandas provenientes de Prevención Comunitaria (trabajo en redes de la Ciudad). Y así se establece un cronograma de trabajo, en una entrevista con un referente de la institución (director/a) y se diseñan las implementaciones en función de la demanda y necesidad de ese lugar. Las capacitaciones internas y externas en 2017 se cuantifican en el eje “capacitación, difusión y eventos masivos”.

5.9.5. Actividades desarrolladas por la Gerencia Operativa de Prevención Social

A continuación, se expone una síntesis de las actividades de prevención desarrolladas por la Gerencia Operativa.

En el marco del objetivo de “Capacitación a actores de la comunidad con el objeto de convertirlos en multiplicadores comunitarios a fin de optimizar el impacto social de la prevención en adicciones”, previsto en el Decreto N° 484/2010, se llevaron a cabo las siguientes modalidades de capacitaciones y talleres:

5.9.5.1. Talleres y capacitaciones para Preventores Sociales 2016:

- Programa de formación de multiplicadores adolescentes y jóvenes en prevención de adicciones, duración anual.
- Capacitaciones a directores y vicedirectores de educación primaria, y regionales de educación media, en el marco de las actividades de la Mesa Interministerial.
- Talleres a docentes y adultos referentes de escuelas primarias y medias que demandan intervención directamente de la Gerencia Operativa.
- Talleres con docentes y familias de Centros de Primera Infancia (CPIs) para el trabajo de Prevención Temprana de conductas de riesgo en niños y niñas.

Cuadro 60: Preventores sociales 2016		
	Personas capacitadas	Establecimientos identificados
Referentes del ámbito educativo: directores, vicedirectores, docentes, tutores, auxiliares	1549	de 18 establecimientos (escuelas medias de distintas modalidades, escuelas primarias, centros profesionales)
Docentes Cens	293	de 20 establecimientos
Adolescentes y jóvenes	2990	de 19 establecimientos
Talleres con docentes en CPIs	209	de 8 establecimientos
Talleres con familias en CPIs	92	de 2 establecimientos
Total	5133	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

En 2017 se capacitó a un total de 2500 preventores sociales (adolescentes y jóvenes; docentes, adultos, preceptores, referentes, padres / madres y estudiantes de nivel medio;

supervisores y directivos, docentes y adultos referentes de nivel primario, familias y docentes de CPIs). Se desarrollan, además, talleres y capacitaciones para Preventores Comunitarios (encuentros para adultos destinados a multiplicar herramientas de prevención en referentes barriales de comedores y referentes sociales de grupos comunitarios). Se capacitó a un total de 68 personas, en 11 organizaciones.

El circuito instrumentado implica que -salvo los de la Mesa Interministerial- las actividades se realizan a partir de la demanda recibida, luego una primera entrevista con quien demande la actividad (escuela, CPI, organización) para profundizar en las necesidades específicas y brindar herramientas acorde a la intervención.

En todas las acciones -charlas, talleres o capacitaciones- se transmite el recursoro de dispositivos de asistencia de la DGPSA, y la guía para la orientación para la detección y derivación de casos de consumo, ya que, en la mayoría de las demandas, lo que prima es la necesidad de resolver un caso puntual de carácter asistencial. Luego de darle curso a esta necesidad, se trabaja para generar conciencia de la importancia de la prevención universal (población en general) y selectiva (grupos de riesgo, por ejemplo, adolescentes), quitando el foco de la prevención indicada (casos concretos donde hay situación de consumo, que se derivan al área de Asistencia):

Talleres en CPIs:

De la información remitida por la DGPSA, en respuesta al requerimiento (Nota AGCBA N° 2429/18 y procedimiento en sede 29/01/2019), surge que se han desarrollado talleres para familias de 9 CPIs durante 2016, como consta en el siguiente cuadro:

Cuadro 61: Talleres en CPIs:

Año 2016	Comuna
Pido Gancho	4
Rayuela	4
Ningún lugar está lejos	15
Mi Casita	1
Zapatito	1
Mis primeros años	3
La buena semilla	8
Leandro Alem	1
El Alfarero	4

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

El grado de cobertura respecto a la cantidad de CPIs de la CABA ha sido del 13,43% en relación con la cantidad de 67 centros de primera infancia que han formado parte del Programa correspondiente durante 2016, y en 5 comunas sobre las 15 posibles (33,33%). (Observación 7.3.2.)²⁸

²⁸ De acuerdo a lo informado en la etapa del descargo de este informe, las actividades se desarrollan a solicitud de la Gerencia de CPIs.

En 2017 se desarrollaron talleres en 5 centros (Pido Gancho, Rayuela, Ningún Lugar Está lejos, Mi Casita y Zapatito).

5.9.5.2. Capacitaciones y eventos de la Gerencia Operativa:

Durante 2016 se llevaron a cabo distintas capacitaciones, internas y externas, con el fin de formar en conocimiento sobre las adicciones en relación a las problemáticas asociadas al consumo. Las mismas fueron realizadas en diferentes organismos, áreas del GCBA e instituciones interesadas.

5.9.5.2.1 Capacitaciones Internas 2016:

A fin de relevar los temas de interés entre los diversos efectores propios, se conformó un equipo formado por distintos profesionales a cargo de las capacitaciones brindadas. Del procedimiento en sede de la DGPSA y de la información complementaria remitida al equipo de auditoría en respuesta la Nota AGCBA 2419/18, surgen las temáticas de las capacitaciones y los destinatarios de las mismas durante 2016:

- Prevención de Adicciones para equipo técnico de Casa Lucero.
- Prevención de Adicciones para Equipo técnico de CIAC.
- Prevención de Adicciones para Equipo técnico de CUCC (108).
- Salud Mental y Adicciones para DGPSA.
- Ludopatía para DGPSA.
- Conferencias del Dr. Molina “Consecuencias del Consumo de alcohol en embarazo y lactancia”.

El total de personas capacitadas en el año ha sido de 310. La DGPSA no ha registrado el nombre / apellido y la formación de los asistentes, solo han sido registrada la información de la cantidad total de los capacitados por evento; existen actividades para toda la Dirección que se desconoce qué personas han formado parte de las mismas. (Observación 7.3.1.)

En las estadísticas remitidas figura la conferencia del Dr. Molina (en Palacio Lezama 2 y 3 de noviembre) con un total de 175 adultos como “capacitación y eventos” sin especificar si es interna o externa.

Por otro lado, en la respuesta a la Nota N° AGCBA 2429/18 esta actividad figura como capacitación externa, evento en espacio público; mientras que en la información complementaria a dicha respuesta consta en capacitaciones internas.

Las capacitaciones internas durante 2017 han sido en las siguientes temáticas: “Los adolescentes y las nuevas tecnologías”, “Marco legal de Adicciones y Salud mental”, “Género y Consumo”. Han sido capacitadas 118 personas sin haber sido registradas sus identidades, su formación y el lugar donde prestan servicios.

5.9.5.2.2 Capacitaciones externas 2016:

Desde la GO de Prevención Social de Adicciones se capacitó a los profesionales de distintos efectores del GCBA durante 2016, en las siguientes temáticas, cantidad de encuentros y con la siguiente cantidad de asistentes:

Cuadro 62: Capacitaciones externas 2016			
Temática	Lugar	Cantidad de encuentros	personas capacitadas
Prevención de consumos problemáticos	Sede comunal 4	1	10
Prevención de Adicciones	Preasis	1	15
Sobre DGPSA y Recursero	Ministerio Público Fiscal	1	15
Prevención Temprana	Confederación de Iglesias Bautistas	2	48
Modos de intervención y Recursos de Asistencia	DG Mujer	3	63
Dinámicas y herramientas de Prevención	DG Juventud	2	32
Capacitación en Prevención	DG Desarrollo Familiar	1	20
Total			203

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Respecto al primer semestre de 2017 la DGPSA informó que se llevaron a cabo distintas capacitaciones externas, con el fin de formar en conocimientos sobre las adicciones en relación a las problemáticas asociadas al consumo. La capacitación en 2017 tuvo más cantidad de asistentes (747), focalizándose en la de promotores para eventos masivos. A partir de la tragedia ocurrida en la fiesta electrónica "Time Warp" -el 16 de abril de 2016 en la que perdieron la vida 5 jóvenes como consecuencia del consumo de sustancias de síntesis-, se realizaron distintas mesas de trabajo con el objetivo de pensar estrategias de abordaje y unificar criterios de la problemática de consumo, en distintos ámbitos y desde distintas áreas de incumbencia.

De ese modo, la DGPSA comenzó a brindar capacitaciones a la Agencia Gubernamental de Control especialmente sobre el consumo de sustancias en contextos de nocturnidad en la CABA. De esto se desprende una capacitación mensual que se realiza junto con la Agencia Gubernamental de Control (AGC), en el marco de la Ley 5641/16 sancionada el 29/09/2016 (de regulación de eventos masivos).

5.9.5.2.3 Eventos en espacio público durante 2016:

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

El total de personas sensibilizadas en 2016 en eventos en espacio público fue de 12.100 en 2016 y de 9750 en 2017. La cantidad de personas se registra en las estadísticas como personas sensibilizadas en correspondencia a la cantidad de folletería entregada.

5.9.5.2.4 Actividades en Redes de Prevención:

Cuadro 63: Eventos de sensibilización en espacio público			
Evento / Temática	Lugar	Fecha	Personas sensibilizadas
Sensibilización en vía pública. Día de la Juventud	Florida y Sarmiento	15/8	300
	Plaza Houssay	17/8	200
Evento del Día del Niño	Parque Indoamericano	20/8	2000
Feria de Grupos Comunitarios	Espacio Dorrego	20/9	100
Evento de la primavera	Parque Tres de Febrero Palermo	21/9	100
Evento Campeonato Federal del Asado	Sin datos	9/10	800
Evento Conectados BA	Distrito Audiovisual	19 y 20/11	8600
Total			12100

Como se expuso previamente, en el marco del trabajo en el eje “Prevención Comunitaria” se desarrollan las actividades en redes, a través de la difusión y articulación territorial en las redes barriales, territoriales y comunales de toda la Ciudad. Es de destacar que para esta actividad se han definido objetivos específicos, los cuales se enumeran a continuación:

- Dar a conocer las actividades de la DGPSA con la finalidad de promover articulaciones con los efectores participantes para que puedan requerir su intervención (talleres, charlas, capacitaciones).
- Promover eventos que tengan que ver con fechas efemérides relacionadas a la prevención de adicciones: Día Mundial del tabaco, Día mundial de lucha contra el uso indebido de drogas, Día mundial del alcohol.
- Participar de eventos de los demás efectores de las redes, acompañando con su participación y folletería.
- Dar a conocer los recursos de la GO de Asistencia Social y la Línea 108 para el público en general.
- Sensibilizar, concientizar y empoderar a la población adulta, en materia de prevención de las adicciones con el objetivo de facilitar su papel como agentes preventivos en la comunidad.
- Realizar talleres con adultos mayores de reflexión sobre la problemática de las adicciones, reconstruyendo los cambios que fue sufriendo a lo largo del tiempo.
- En 2016, la Gerencia impulsó la creación de dos nuevas redes barriales que no existían en la comuna 5 y la 7. El resto de las redes fueron creadas con anterioridad: el equipo forma parte de ellas desde el año 2007.
- Durante 2016 la Gerencia tuvo participación en 16, con presencia en 14 comunas de la CABA con la cooperación de 234 organizaciones. En el año 2017 se participó de 16 redes, con presencia en 15 comunas, con 268 organizaciones.
- En el marco del trabajo en redes se han desarrollado actividades como:
 - Talleres para padres, madres y familias.
 - Capacitaciones a adultos.
 - Actividades en el marco del 31 de mayo Día Mundial Sin Tabaco.
 - Actividades en el marco del 26 de junio Día Mundial Contra el Uso de Drogas.
 - Actividades en el marco del 15 de noviembre Día Mundial Sin Alcohol.
 - Talleres para adultos mayores.

- Talleres en CENS (educación para adultos).
- Actividades de desarrollo social, promoción de la salud y derechos, en articulación con otras áreas de Gobierno.

5.9.5.2.5 Instancias de articulación:

En torno a la función de “Articulación de los centros y coordinación con otras áreas del GCBA e instituciones de todo tipo” (Decreto N° 484), a continuación, se sintetiza la información obtenida:

Cuadro 64: Instancias de articulación para el desarrollo de sus actividades de prevención:

Cuadro 3.1. Instancias de articulación para el desarrollo de las actividades de prevención.						
Ministerio Educación	Ministerio Salud	Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat			Min. Cultura	Vice jefatura de Gab.
		Subsecretaria de Promoción Social	Subs. de tercera edad	Subs. de Fortal. Fam.		
Escuelas Primarias	Hospitales	DG Mujer	Centros de día	Sede Pavón	DG Libro	DG Juventud
	Centros Salud	DG Niñez y Adolescencia			Centeya	Metropolitana
Contextos de Encierro	Centros Salud Mental	DG Fort. Sociedad Civil		SSZ	Usina del Arte	
		Nutrición				
GOEA		PREASIS				
		DG Act. A la víctima				CDNNyA
		SECHI				
		COPIDIS				

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

5.9.5.2.6 Mesa interministerial / intersectorial 2016

La Disposición N° 07/DGPSA/10 establece -en su anexo V- el “Protocolo de Intervención en Prevención de Adicciones, Ámbito Educativo”. En ese marco, a partir de 2016, se comenzó a realizar un trabajo de articulación interministerial en pos de generar un programa de formación de multiplicadores en prevención de adicciones en todas las escuelas primarias y medias de la ciudad. Este trabajo se enmarca en la Ley N° 5650²⁹.

La mesa intersectorial está conformada por representantes de la Gerencia Operativa de Prevención Social de la DGPSA, representantes del equipo de Prevención en el ámbito Educativo de Sedronar, y representantes del Ministerio de Educación de la Ciudad: DG de Educación Media, DG de Educación Primaria, GOEA (GO de equipos de Apoyo). Cabe destacar que en todos los encuentros concurre al menos un representante de cada área.

- Formación en prevención en nivel primario y medio

²⁹Ley sancionada el 13 de octubre de 2016 que define los alcances de la política integral de prevención de adicciones en el ámbito educativo.

En 2016 se realizó un primer encuentro de acercamiento para pensar la problemática de las adicciones en el ámbito de la educación en la mesa de trabajo de articulación. En ese marco se acordó generar un material de lectura y herramienta de aplicación conjunta, y realizar un proceso de capacitación sobre prevención de adicciones para referentes de escuelas primarias en el mes de agosto del mismo año, siendo el objetivo capacitar a un referente institucional por escuela primaria que existe en la Ciudad (450 escuelas en total). En un segundo encuentro se acordó generar un material conjunto de difusión para cada escuela sobre Prevención de Adicciones.

El material- que contiene referencias a las acciones y prestaciones de la DGPSA- incluye recursos para³⁰:

- Docentes de escuela primaria
- Familias
- Alumnos de escuela primaria
- Alumnos de escuela media
- Juegos interactivos para escuela primaria y media

Los encuentros de articulación de la mesa fueron los siguientes (el listado corresponde a la sede donde se desarrolló el encuentro, al cual concurren los representantes de los establecimientos educativos convocados):

Cuadro 65: Encuentros de la mesa interministerial 2016			
	Lugar	Fecha	Modalidad
Nivel primario	Ministerio de Educación	28/8	Planificación
	Escuela N° 13 DE 2 "Republica de Irán".	19/9	Reunión con directores
	Escuela N° 13 DE 2 "Republica de Irán"	20/09	
	Escuela N°13 DE 2 "Republica de Irán"	07/11	
	Escuela N°13 DE 2 "Republica de Irán"	09/11	
	Escuela de Maestros	29/11	sin datos
Nivel medio	Colegio Nacional N°3 DE 2 "Mariano Moreno"	21/10	Reunión con directores
	Escuela N° 19 DE 8 "Juan Montalvo"	24/10	
	Colegio Nacional N°3 DE 2 "Mariano Moreno"	25/10	
	Colegio Nacional N°3 DE 2 "Mariano Moreno"	26/10	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Durante 2017 se sostuvo esta instancia durante todo el año, con encuentros para directores de nivel primario y talleres de capacitaciones, de planificación y jornadas regionales para nivel medio.

En las reuniones de nivel medio cada uno de los actores de la mesa llevó a cabo parte de la capacitación, desde la conceptualización sobre la temática, leyes en el ámbito educativo, proyectos preventivos y acciones concretas, dentro del marco de "espacios de convivencia en la escuela". Durante 2017 se trabajaron distintas temáticas, en cada uno de los encuentros, desde las representaciones sociales en relación a los consumos de

³⁰ <https://www.buenosaires.gob.ar/educacion/docentes/guias> con acceso 07/05/2019.

adolescentes, jóvenes y adultos, etiquetas y rótulos asociados a los consumos que estigmatizan, y formas de pensar estrategias preventivas para llevar a cabo acciones, frente a situaciones concretas de consumo dentro y fuera de la escuela (por ejemplo: consumo en los baños, fiestas de “UPD” -ultimo primer día-, consumo en la plaza de la esquina de la escuela).

El registro de asistentes lo lleva el Ministerio de Educación, pasando la lista de asistentes en cada actividad). Sí contabiliza la cantidad de concurrentes a modo estadístico y luego se registra en las estadísticas de la Gerencia, en el eje de prevención con jóvenes (en los registros consolidados se cuantifican la cantidad de adultos y jóvenes que fueron capacitados en estas actividades).

5.10. Circularización a otros organismos

5.10.1. Circularización a organismos de la AGC

En el marco de este Informe se solicitó a la Dirección General de Habilitaciones y Permisos, a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria, y a la Dirección General de Fiscalización y Control (dependientes de la Agencia Gubernamental de Control) información referida a los dispositivos propios y conveniados de asistencia en adicciones de la CABA. La síntesis de las respuestas se presenta a continuación:

Como respuesta a la Nota AGCBA N°1871/18 la Dirección General de Habilitaciones y Permisos consignó la información correspondiente a las habilitaciones según los domicilios brindados por la DGPSA para las organizaciones conveniadas con sede en CABA. En la respuesta indicó que, según los sistemas catastrales, se ha otorgado la habilitación correspondiente para los locales de: ACIAR, Asociación Civil El Almendro y Fundación para el Desarrollo Humano.

Por otro lado, para los locales de: Fundación Convivir y de Fundación de Niños de la Argentina la habilitación se encuentra en trámite. Se especifica que en ambos casos el trámite se encuentra observado, habiendo agregado el administrado nueva documentación para su visado.

En lo que respecta a la dirección de Fundación Manantiales, la respuesta se refiere al local ubicado en la Unidad Funcional 1, que no se corresponde con la organización conveniada. El equipo de auditoría accedió a la vista de la plancheta de habilitación de la Fundación Manantiales (año 2006) en el expediente proporcionado por la Dirección General de Contaduría, en el marco de los procedimientos efectuados en este informe. En el mismo sentido se constató la documentación respecto a la solicitud de habilitación de Fundación Niños de la Argentina y Fundación Convivir.

Por medio de la Nota AGCBA N° 1870/18 se solicitó a la Dirección General de Fiscalización y Control Agencia Gubernamental de Control enviar copia adjunta de los informes de inspecciones, fiscalizaciones, evaluaciones y/o controles realizados desde el año 2016 por la DGFYC a los centros e instituciones cuya nómina se acompañó. En respuesta, la Dirección mencionada informó que cuentan con antecedentes de cinco de los establecimientos indicados en la nota oportunamente enviada: Instituto Parroquial Madre de Dios, Casa Faro (Fundación Niños de Argentina), Asociación Vecinal Amigos

de Villa Luro, Instituto Nuestra Señora de los Milagros de Caacupé y Fundación Convivir, Clínica Las Heras. Se adjuntaron copias de los informes solicitados correspondientes a los cinco establecimientos, los cuales fueron considerados para los procedimientos en campo y la definición de las respectivas muestras.

Asimismo, por medio de la Nota AGCBA N° 1874/18 se solicitó a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria adjuntar copia de los informes de inspecciones, fiscalizaciones, evaluaciones y/o controles realizados -desde el año 2016- a los centros e instituciones propias y conveniadas de la DGPSA. Asimismo, se solicitó remisión de copias de las actas de intimación y/o de comprobación correspondientes, en caso de haber sido realizadas a partir de las inspecciones / fiscalizaciones llevadas a cabo por la DGHYA. En respuesta, el organismo informó que no cuenta con antecedentes de los centros e instituciones detallados en la nota de referencia.

5.10.2. Circularización a organismos garantes de Derechos de NNyA

Durante el desarrollo de este informe se cursaron notas tanto al Consejo de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad; como a la Asesoría General Tutelar, que depende del Ministerio Público Tutelar, Poder Judicial de la CABA. La información remitida por ambos organismos fue tenida en cuenta al momento de realizar las visitas a los dispositivos de la muestra de organizaciones que brindan asistencia en adicciones.

En el caso de la AGT se solicitaron las actuaciones, informes y/o intervenciones sobre las prestaciones y servicios de la DGPSA tanto de sus dispositivos y actividades de atención como de prevención (propios y/o con convenio). Y además se solicitó documentos, informes y/o actuaciones que tuvieran como referencia la población beneficiaria de la DGPSA y/o el consumo problemático de sustancias en la CABA.

En respuesta a la Nota AGCBA N° 1551/18, la AGT hizo referencia a las principales dificultades detectadas por institución, tanto en dispositivos propios como en conveniados: El Palomar, Casa Puerto, El Reparó San Miguel y Ananké Lanús.

Por parte del CDNNyA, en tanto, se tuvo en cuenta la respuesta a la Nota AGCBA N° 1880/18, como las copias de informes de fiscalización y Monitoreo efectuados por el Departamento de ONGs del organismo (desde el año 2016 a octubre de 2018). Los informes fueron proporcionado en la sede del CDNNyA el 5 de octubre de 2018. La condición de inscripción de las organizaciones se sintetiza a continuación:

Cuadro 66: Condición Inscripción	Cantidad	Porcentaje
Son objeto de fiscalización y monitoreo, pero no se inscriben en el Registro por ser organismos gubernamentales (art 74 y 75 de la Ley 114)	4	11,8
Inscripción provisoria	4	11,8
Inscriptas	16	47,1
De baja desde 2013	1	2,9
Inscripta solo para talleres	2	5,9
No corresponde inscripción (Jóvenes/ adultos)	3	8,8
No lo tenían registrado en base con población de NNyA	2	5,9
Trámite de baja	2	5,9
Total	34	11,8

Elaboración propia en base a información suministrada por el CDNNyA

Tal como prevén los requisitos para la suscripción de convenios, las organizaciones deben inscribirse en el Registro de ONGs del Consejo, si tienen como población beneficiaria a NNyA. Así lo determina la Ley N° 114 en el capítulo destinado al Registro de organizaciones comunitarias y organismos no gubernamentales que tengan como objeto el trabajo sobre temáticas y cuestiones de cualquier índole, vinculadas directa o indirectamente a los derechos de niños, niñas y adolescentes. La Ley también determina que el Consejo fiscaliza a los organismos y entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como a las organizaciones comunitarias inscriptas en el Registro. Controla el cumplimiento de los convenios que se celebren y lo relacionado con la observancia de la Ley.

Del cuadro anterior se destaca, el 5,88% que no se encontraba registrado en el Consejo porque hasta el momento desde el área de Registros de ONGs no se tenía conocimiento de que esas organizaciones trabajaran o podrían trabajar por convenios y bases con población de NNyA. Esa condición fue notificada por el equipo de auditoría.

De acuerdo surge de la información proporcionada, fueron objeto de fiscalización y monitoreo por parte del CDNNyA (desde el año 2016 hasta principios de octubre de 2018) un total de 21 organizaciones. De las entidades gubernamentales se fiscalizaron Casa Puerto (durante los tres años) y Casa Lucero (en 2018). En resumen; se realizaron:

Cuadro 67: Cantidad de Informes por Año		
2016	2017	2018 ³¹
27	21	15

Elaboración propia en base a información suministrada por el CDNNyA

Los principales ejes que integran los informes del Consejo son aspectos que podrían complementar los aspectos supervisados por la DGPSA, y viceversa.

Mediante las Actas de Monitoreo se requiere documentación de distinta índole: recursos humanos, infraestructura y seguridad, seguros, listados y legajos de población, libros de registro de inspecciones, etc.

Cabe aclarar que de acuerdo se manifiesta en la visita al Consejo, puede ocurrir que la DGPSA no informe sobre nuevos convenios celebrados con organizaciones con población objeto del Consejo y por lo tanto no las tengan registradas y/o que el sector del Consejo encargado de contemplar estas cuestiones, tenga conocimiento y esté informado de estos nuevos convenios, pero no articule con su área. Del relevamiento en la Dirección de Registros de ONGs del CDNNyA surge que los Informes de Monitoreo no han sido requeridos por la DGPSA, a su vez los informes de supervisión que realiza DGPSA no son remitidos al Consejo, ni desde el organismo se tiene información sobre su contenido. Del mismo modo desde el CDNNyA hacia la DGPSA: no les remite sus informes ya que no está definido un circuito de intercambio de información. (Observación 9).

³¹ El informe podría haberse realizarse durante el tiempo que restaba de 2018.

5.10.3. Articulación entre organismos de control

A fin de promover la articulación entre organismos de control (integrantes del sistema integral e integrado por el modelo vigente en la CABA) se remitieron notas para solicitar dictámenes, informes y actuaciones respecto a las prestaciones y servicios de la DGPSA. También se solicitó información que tuviera como referencia la población asistida en dispositivos propios y con convenio y/o el consumo problemático de sustancias en la CABA.

Del conjunto de estos requerimientos, se concluye que:

- La Procuración General, en la contestación a la Nota AGCBA N° 1877/18, remitió las respuestas brindadas por diversas Direcciones Generales del organismo, en las cuales no obran actuaciones, salvo en el caso de dos antecedentes de la DG de Empleo Público.
- La Defensoría del Pueblo, por su parte, en la respuesta a la Nota AGCBA N° 1873/18, remitió copia de un informe producido por la Coordinación Operativa de Promoción Humana, Adicciones y Salud Mental, dependiente de la Subsecretaría de Derechos Humanos y Seguridad. Dicho informe fue contemplado en procedimientos en dispositivos conveniados que brindan asistencia en adicciones.
- Los antecedentes de auditorías previas a la DGPSA han sido los Informes Finales AGCBA 9.10.02. y 9.15.02.
- La Unidad de Auditoría Interna del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano no ha emitido informes, ni anteriores, ni posteriores, ni con período auditado 2016, como consta en respuesta a la Nota AGCBA N° 1881/18.
- En respuesta a la Nota AGCBA N° 1878/18, la Sindicatura General comunicó que no se emitieron informes de auditoría ni durante el 2016, ni antes, ni después.
- En función de las respuestas de la Auditoría Interna y la SIGEBA sería recomendable, por las debilidades encontradas además en el ambiente del control de la DGPSA, la planificación de un informe de auditoría interna de la DGPSA y sus respectivas actividades.

5.11. Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones

5.11.1. Acciones de la Gerencia Operativa de Asistencia Social

La Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones es la responsable, de acuerdo con las acciones definidas en el Decreto N° 399/2016, de:

- Generar las instancias para asistir a los ciudadanos de la Ciudad que demanden atención para el tratamiento de problemas de adicción, en coordinación con la Dirección General Salud Mental del Ministerio de Salud.

La norma, también determina que debe “Definir el proceso de admisión para la evaluación y posterior derivación al tratamiento adecuado, según las características singulares de cada caso”. En ese marco ejerce parte de sus funciones de Evaluación, Supervisión y Articulación a través del equipo de ASA, el cual coordina dichos procedimientos dentro de la Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones.

Otra de las acciones establecidas para la Gerencia es la de:

- Definir los efectores necesarios y garantizar la disponibilidad para abordar la problemática de las adicciones de acuerdo a sus dimensiones y características en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En ese sentido, de acuerdo a este punto la oferta brindada por la DGPSA conforme al art 14°³² de la Ley 448 de Salud Mental de la CABA incluye solamente los siguientes dispositivos:

d. Consultorios Externos³³

f. Prestaciones en Hospital de Día³⁴ y Hospital de Noche;

s. Granjas terapéuticas³⁵. (Observación 8.1)

La totalidad de la oferta brindada puede verse en el Anexo I de este informe.

- Manejar y elaborar formas y sistemas de supervisión de las instancias de tratamiento previstas para las personas atendidas; es otra de las acciones principales establecidas para la Gerencia: se lleva a cabo a través de un equipo de supervisores (dos profesionales, como mínimo). La periodicidad de las supervisiones (4 mínimas por año en organizaciones con convenio), sus características principales y el informe lo establece la Disposición N° 07/DGPSA/10.

³² Artículo 14°A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades. Para ello se establecen los siguientes efectores:

- Centros de Salud Mental;
- Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria;
- Dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en Salud Mental;
- Consultorios Externos;
- Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;
- Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;
- Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;
- Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;
- Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;
- Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;
- Hospitales monovalentes de salud mental;
- Casas de Medio Camino;
- Centros de capacitación sociolaboral promocionales;
- Talleres protegidos;
- Emprendimientos sociales;
- Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;
- Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;
- Hogares y familias sustitutas;
- Granjas terapéuticas.

³³ Los CIACs, y los dispositivos ambulatorios tiene oferta de consultorio externo y de centro de día.

³⁴ Propios: Lucero y Casa Flores y conveniados ambulatorios.

³⁵ Se refleja en el modelo de diferentes comunidades terapéuticas

En el marco del relevamiento de las organizaciones conveniadas y dispositivos propios que brindan asistencia en adicciones, así como en la definición de criterios respecto a la muestra de dispositivos, se solicitó información a diferentes organismos públicos, como se sintetiza a continuación.

5.12. Procedimientos respecto a dispositivos propios y organizaciones conveniadas³⁶

La Disposición N° 07/DGPSA/10 aprueba diferentes circuitos de intervención de la DGPSA a partir de protocolos que se incluyen en sus respectivos anexos. En ese marco, la Dirección General “designa los efectores necesarios y garantiza su disponibilidad para atender la problemática de las adicciones de acuerdo a sus dimensiones y características”. La DGPSA brinda diferentes modalidades de asistencia a través de dispositivos propios y conveniados tanto con habilitación sanitaria como centros barriales comunitarios:

- Ambulatoria: en sus distintos tipos de prestación.
- Internación³⁷.

En la Disposición N° 07/DGPSA/10 al describir las modalidades de tratamiento, no hay una referencia al abordaje que se realiza en los dispositivos de internación respecto a las personas con consumo problemático de sustancias, que presentan un cuadro de base psicológico que puede requerir medicación psiquiátrica, en estos casos se trata la adicción como consecuencia del padecimiento subjetivo que presenta la persona. En esos casos, los dispositivos que cuentan con dicho abordaje se denominan de Internación Dual.

A continuación se expone el análisis efectuado en los dispositivos propios y conveniados objeto de la muestra de auditoría que han abarcado las distintas modalidades de atención.

5.12.1. Dispositivos propios de la DGPSA

A continuación se expone el análisis respecto a los dispositivos dependientes de la DGPSA, el cual fue resultante del examen de documentación, y de procedimientos in situ en dispositivos de la muestra.

5.12.1.1. Normativa interna: Protocolos

Las características generales de los protocolos de los dispositivos propios, no aprobados formalmente a excepción del de Guardias Pasiva de Casa Puerto, se exponen en el siguiente cuadro³⁸:

³⁶ Las fechas de los procedimientos del equipo de auditoría en los dispositivos propios fueron las siguientes: ASA (26 y 27/09/2018), CIAC San Cristóbal (11/10/2018), Casa Puerto (12/10/2018), Casa Lucero (16/10/2018). En las organizaciones conveniadas fueron las siguientes: Manantiales (26/11/2018), El Reparo (San Miguel): 03/12/2018, Ananké (Lanús): 04/12/2018, Convivir (05/12/2018), El Candil: 07/12/2018, El Palomar: 10/12/2018, Hay Otra Esperanza (13 y 28/12/2018) y Centro Hurtado de la Parroquia Virgen de Caacupé (03/01/2019).

³⁷ En la Disposición se denomina “internativa”.

³⁸ Vigentes a 2016, salvo indicación expresa en la tercera columna. Los protocolos de los dispositivos y áreas dependientes de la DGPSA fueron aprobados formalmente mediante la Disposición N° 455/DGPSA/2019 (aprobada el 29/11/2019), la cual remitida por el ente auditado en oportunidad del descargo de este informe.

Cuadro 68: Protocolos de los dispositivos propios

Dispositivo	Modalidad	Nombre del documento	Objetivos Generales y Específicos	Conformación equipos	Cantidad por Equipo	Plazos	Herramientas de evaluación
Casa Lucero	Tratamiento ambulatorio	Sin título	Si	si	no	no	no
Casa Puerto	Comunidad terapéutica	Protocolo de Intervenciones	No	no	no	no	no
		Plan de Tratamiento de "Casa Puerto": Marco legal	Si	no	no	si	si
		Protocolo para Ingresos y Egresos(vigente desde Mayo 2013)	Si	no	no	si	si
		Protocolo de Guardias pasivas. Disposición DI-2015-36-DGPSA (vigente desde mayo 2015)	Si	si	si	si	no
CIAC	Centros de Intervención Asistencial Comunitaria	Manual de definiciones técnicas y de procedimientos terapéuticos y administrativos	Si	si	no	si	si
Casa Flores	Centro de Día de Asistencia en Adicciones	PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES	Si	no	no	no	No
		PAUTAS PARA INTERNACION DOMICILIARIA	No	no	no	no	No
ASA	Equipo de Admisión, Evaluación, Derivación	Lineamientos de Intervención	Si	no	no	no	No
Línea 108	Línea de atención telefónica	Protocolo - Línea de atención telefónica	Si	si	no	si	No

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Por Nota AGCBA N° 2431/18 la DGPSA informó que se encuentran trabajando en la actualización de las normativas: Disposición N° 07/DGPSA/10 y protocolos para adaptarlos a los lineamientos y nuevas demandas de la problemática de adicciones y población objetivo³⁹.

³⁹ La Disposición N° 455/DGPSA/2019 (aprobada el 29/11/2019), la cual remitida por el ente auditado en oportunidad del descargo de este informe, deroga la anterior normativa y actualiza el Protocolo General de Intervención, así como los protocolos de los sectores y dispositivos de que ella dependen. Ello conlleva una acción de mejora en la gestión de la DGPSA.

5.12.1.2. Características generales de los dispositivos propios

A continuación se describen las características generales de los dispositivos de la muestra: CIAC San Cristóbal, Casa Lucero y Casa Puerto.

CIAC San Cristóbal

El centro funciona en la sede del Servicio Social N 3, donde también está ubicada la Coordinación de los CIACs y los DTs. En la planta baja se encuentran los espacios destinados a los tratamientos terapéuticos.

Principales características:

En este dispositivo, como en el resto de los CIACs, se brinda apoyo y contención a través de una atención individual y grupal en modalidad ambulatoria y el desarrollo de tareas de abordaje territorial por parte de profesionales y técnicos.

Admisión:

La admisión suele ser por demanda espontánea, directa desde el CIAC. En el proceso de admisión se confecciona la ficha de admisión, de formato unificado y se prevé la firma del correspondiente consentimiento informado.

Perfil poblacional:

Los criterios de admisión son amplios. El Protocolo del conjunto de los Centros especifica que se brinda asistencia terapéutica y orientación a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, como así también a sus familiares y allegados.

Población atendida:

De la información proporcionada por la DGPSA surge que durante el período auditado fueron atendidos en el CIAC San Cristóbal 23 personas: 15 hombres y 8 mujeres, con edades entre los 17 y los 59 años. La mayoría (7 personas) de los 30 a los 39 años.

Tratamientos y actividades. Registros:

El tratamiento, de acuerdo a lo previsto en su Protocolo, tiene su comienzo en la admisión, que implica el proceso diagnóstico compuesto de entrevistas. El tratamiento está organizado en terapias grupales e individuales. Salvo que se comprueben razones médicas, si la persona no concurre durante un mes continuo, está establecido que se le dé la baja del tratamiento. No están previstos tiempos (plazos) para egresos.

Además de la ficha de admisión, se generan historias clínicas. El Protocolo prevé la confección de estos registros, además de planillas para asistencia y prevención. Las estadísticas se remiten a la Gerencia Operativa desde la Coordinación de los CIACs.

Equipo técnico:

El protocolo interno prevé la definición de funciones para los cargos de coordinador, co-coordinador, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, operador consejero y administrativo. Se especifica que el equipo estará conformado por: psicólogo, operador / consejero -y en los casos que se cuenten- con trabajador social y psiquiatra.

En 2016 el equipo de cada CIAC ha tenido una conformación mínima de tres personas (interdisciplinaria), integrada por un psicólogo, un operador terapéutico y un tercer integrante (psicólogo u operador).

Durante el período auditado, el desarrollo de tareas en territorio de los psicólogos y técnicos de los CIACs ha sido de dos a cuatro veces por semana, en función de una grilla de turnos de horarios de 7 horas. En la dotación se contaba con dos psiquiatras para el conjunto de los centros. Al aplicar los criterios mínimos de conformación de equipos interdisciplinarios de las leyes de Salud Mental, en los CIACs no se garantiza la integración profesional de psicólogo + trabajador social + psiquiatra, en todos los dispositivos. (Observación 3.1.1.).

Respecto al CIAC San Cristóbal, de la información suministrada surge que contaba en el período auditado con el siguiente equipo técnico / profesional:

- Un psicólogo/a
- Un psicólogo/a para tareas en ese centro y en el CIAC Lugano
- Un psiquiatra con tareas en varios centros (una vez por semana en cada CIAC)
- Un OST / consejero para tareas en ese centro y en el CIAC Carrillo
- Un OST con tareas en todos los CIACs.
- Un administrativo/a.

Casa Lucero

Comuna 8 (Villa Soldati). Atención focalizada a las familias residentes en la Villa 3 Barrio Fátima. Modalidad: ambulatorio

Principales características:

Casa Lucero tiene como objetivo brindar tratamiento ambulatorio, prevención y orientación a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social con problemática de consumo.

El proyecto institucional apunta a realizar un trabajo global e integral de reinserción social, ofreciendo la posibilidad de continuar sus estudios (primario y secundario), brindar herramientas socio laborales para la inclusión en el ámbito laboral, tomando como base un trabajo conjunto con la familia.

Admisión:

La admisión puede ser directa (demanda espontánea) o por derivación del equipo de Admisión, Evaluación y Derivación dependiente de la Gerencia Operativa de Asistencia Social (ASA).

Perfil poblacional:

Niños, niñas y adolescentes, sus familias y referentes convivientes forman parte de la población destinataria principal del centro (terapias vinculares y actividades).

Población atendida:

Durante 2016 han sido atendidas un total de 21 personas: 15 hombres (71,4%) y 6 mujeres (28,6%). Respecto a las franjas etarias de las personas en tratamiento en el período auditado, de la información suministrada surge que el 52,4% tenían de 11 a 18 años y el 47,6% eran mayores de edad.

Tratamiento y actividades. Registros:

La factibilidad del tratamiento se evalúa luego de la correspondiente entrevista de admisión individual y familiar, en las que se confecciona la ficha de admisión. Respecto a las altas se registran las del llamado “tratamiento intensivo” el cual no tiene un tiempo (plazo) estipulado. Se dan casos sin el alta definitiva por años pero se diferencia el alta de tratamiento intensivo al alta definitiva.

En el marco del tratamiento se incluyen terapias individuales con un/a psicóloga y actividades grupales. Los familiares o adultos referentes convivientes también participan de las terapias vinculares. Las personas en tratamiento también participan talleres. Realizan interconsultas con el psiquiatra del CESAC cercano.

Se eleva una planilla mensual⁴⁰ (en formato Excel) a la Gerencia Operativa de Asistencia Social y la DGPSA con datos estadísticos de personas en tratamiento.

Las historias clínicas incluyen los siguientes registros:

- Consentimiento Informado
- Pautas de convivencia
- Autorización para que se retiren solos (sin adultos)
- Entrevista de Admisión
- Entrevista de Admisión a familiar (o referente conviviente)
- Área terapéutica: evoluciones de terapia individual e intervenciones vinculares y familiares
- Área Psiquiátrica: plan de Medicación

Equipo técnico:

⁴⁰ Desde el 2016 en adelante se ha cambiado la carga de los datos para mejorar el registro de la información de las personas como de sus tratamientos, las características del mismo y su evolución

El equipo está conformado por la coordinadora (counselor⁴¹), tres psicólogos y un operador socio-terapéutico. También tienen una persona para tareas de limpieza. En 2016 tenían dos operadores socio terapéuticos (OST) y dos psicólogos.

La conformación mínima de los equipos no garantiza el interdisciplinario de las leyes de Salud Mental: psicólogo + psiquiatra + trabajador social. (Observación 3.1.1.).

Casa Puerto

Villa Luro (CABA). Modalidad: internación

Es el único dispositivo propio de internación ubicado en CABA, lo cual favorece la revinculación y las redes con familiares y referentes de los NNyA internados.

Principales características:

Casa Puerto es una comunidad terapéutica para niños, niñas y adolescentes, en situación de alta vulnerabilidad social, con vínculos familiares debilitados o ausentes, y con uso problemático o abuso de sustancias psicoactivas.

En su Protocolo se describen los objetivos generales:

- Restituir derechos vulnerados a los NNyA en tratamiento y a sus familiares y/o miembros de su red vincular significativa.
- Promover un ambiente democrático de trabajo e intercambio.
- Promover un rol activo de parte de los NNyA y de sus familiares y/o miembros de la red vincular significativa ante la realidad social de la que provienen.

En el mismo dispositivo se brinda la modalidad ambulatoria o centro de día.

Perfil poblacional:

En su Plan de Tratamiento se describe que el dispositivo asiste a NNyA cuyas edades oscilan entre los 10 y 18 años, provenientes de sectores sociales de extrema marginación, cuyos derechos se encuentran vulnerados gravemente, y que están o han estado en situación de calle. Es una de las pocas comunidades terapéuticas -y la única que depende del GCBA- que atiende niños y niñas de tan corta edad.

Capacidad / Población atendida:

Del procedimiento in situ surge que el dispositivo tiene una capacidad de 12 camas: 4 para mujeres. Desde 2016 a la actualidad han llegado a tener como máximo 11 NNyA internados y un mínimo de 1. Al momento del procedimiento la capacidad ocupada era de 4 personas.

Tanto en 2016 como en el momento del procedimiento no han tenido limitaciones que hubieran podido afectar la capacidad y siempre tienen vacantes. Para la modalidad ambulatoria no tienen capacidad máxima. (Observación 11.5).

⁴¹ Tecnicatura superior en consultoría psicológica: actúa en el campo de la promoción y bienestar del desarrollo personal.

Admisión:

Casa Puerto no tiene admisión directa. Se efectúa desde el equipo de evaluación de ASA de acuerdo al circuito previsto en la Disposición N° 07/DGPSA/10.

Los criterios generales de admisión son amplios, incluyen las problemáticas de adicción a todo tipo de sustancias.

Tratamientos y actividades. Registros:

El tratamiento se plantea como un medio y una propuesta flexible que se adapta a las necesidades del sujeto: no se enfoca de modo disciplinario, sino que apunta a invitar a la construcción conjunta y colectiva de modalidades que en la vida de estas niñas, niños y adolescentes, muchas veces son novedosas.

El tratamiento está organizado en etapas con espacios terapéuticos grupales e individuales, además de talleres. Los grupales abarcan grupos de: convivencia, de devolución, de apertura, de responsabilidades, de pre-egreso y egreso, multifamiliares. También se desarrollan coloquios a cargo de los OST. Los individuales incluyen psicoterapia y entrevistas con médicos del área de psiquiatría.

Los egresos pueden ser por abandono y alta (al cumplir las fases del plan de tratamiento). En este último caso comienza la etapa de externación y continúa la etapa de seguimiento y ambulatorio. La mayor parte de los egresos es por abandono.

La información que contienen las historias clínicas está estandarizada de acuerdo a criterios de determinación interno, no aprobados formalmente, similares a los establecidos para los conveniados en la Disposición N° 07/DGPSA/10. Contiene información separada por áreas.

Además de las historias clínicas se registra información en el libro de guardia: para el asiento de las cotidianidades de los NNyA internados. Está foliado y rubricado por la Auditoría Interna del Ministerio a requerimiento de la DGPSA (tiene 200 fojas). Cuando se termina utilizan cuadernos con espiral con foliado manuscrito, por lo tanto sería aconsejable disponer la provisión necesaria de los libros de actas foliados y rubricados dado que es un registro de uso habitual.

No tienen Libro de Registro de Población: el CDNNyA se los ha requerido en sus informes de supervisión de 2016 a 2018, señalando entre otros comentarios que:

“todos los datos sobre los movimientos poblacionales son relativos y aproximados” (Informe del CDNNyA de noviembre de 2016) y que “la información sobre cada residente se encuentra dispuesta en legajos individuales que se encontraban completos” (informe de marzo 2017). Se reitera la misma indicación durante 2018.

Para los registros y movimientos de la población ((ingresos, egresos y datos relativos a la evolución de los tratamientos de la población) de 2016 es necesario acceder a la

información que consta en las historias clínicas: informes mensuales, informes de egreso de 10 y 48 horas y demás información y registros asentados.

Durante 2016 se realizó un archivo Excel con información de los NNYA en tratamiento que se remitió a la Gerencia Operativa por mail. Es el mismo que fue remitido a la AGCBA por la DGPSA como beneficiarios de Casa Puerto en el período auditado. Desde mediados de setiembre de 2016 se comenzó a ampliar la información de los residentes registrada en Excel y remitida, por pedido de la Gerencia Operativa (se la envía por mail a la gerente y a la DGPSA).

Equipo técnico:

La dotación está conformada por distintas áreas internas.

La conducción está a cargo de un coordinador técnico y una coordinadora operativa (psicólogos); responsables del equipo profesional y de los operadores y talleristas; respectivamente.

El equipo profesional está conformado por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatra y enfermeros; y

El equipo convivencial está conformado por operadores socio-terapéuticos.

Las áreas auxiliares las desarrolla el personal administrativo, de limpieza y seguridad (tercerizado). No hay personal destinado a tareas de mantenimiento, ni para prestaciones alimentarias específicamente. (Observación 3.1.2).

El equipo es supervisado externamente por un equipo de Supervisión del Hospital Tornú.

5.12.1.3. Historias clínicas

5.12.1.3. 1. Consideraciones generales En el marco de los procedimientos efectuados por el equipo de auditoría se relevó el contenido de las historias clínicas de una muestra de personas en tratamiento en dispositivos dependientes de la DGPSA y organizaciones conveniadas.

Previamente se efectuó un procedimiento de análisis de las historias clínicas de la muestra correspondiente a efectores propios en la sede de ASA, ya que por la normativa y circuito vigente, es el equipo profesional de dicho sector dependiente de la Gerencia Operativa de Asistencia Social el que lleva a cabo la admisión, evaluación y derivación a los respectivos dispositivos. El equipo de ASA está a cargo de dicha gestión a las personas derivadas a Casa Puerto y todos los conveniados de internación y ambulatorios (menos los proyectos comunitarios).

Para efectuar el examen de las historias clínicas se consideraron criterios definidos en base a distintas fuentes de información: normativa general de la DGPSA y de cada dispositivo, normativa aplicable en materia de historias clínicas y consentimiento informado⁴²) y entrevistas con responsables de distintas áreas que conforman la estructura interna de la DGPSA.

⁴² Ley Nacional N° 26.529, Ley Nacional N° 26.657 (de Derecho a la Protección de la Salud Mental), Ley de Salud Mental de la CABA (448), Decreto nacional N° 1089/2012, Ley Básica de Salud de la CABA (N° 153)

Es importante considerar que el consentimiento informado, la constancia de intervenciones y evoluciones terapéuticas, aspectos formales respecto a los asientos por parte de los profesionales, han sido los principales aspectos analizados, así como la presentación de informes de evaluación prevista en la ley de Salud Mental de la CABA para el caso de las internaciones (al inicio, y de forma mensual).

La DGPSA dispone de los convenios suscriptos con las organizaciones para las modalidades ambulatorias y de internación a las que se les solicita, en tono con la normativa local de Salud Mental, informes evolutivos mensuales durante el circuito de liquidación de prestaciones, de acuerdo al relevamiento efectuado por el equipo de auditoría en el marco de ese informe. Deberían también remitirlos los dispositivos propios, por lo menos en caso de internación. En entrevista con el equipo de auditoría, las responsables indicaron que los presentan las instituciones conveniadas y propias.

La Disposición N° 07/DGPSA/10 también determina la realización de la evaluación situacional en el marco de la gestión del recurso que es la instancia en la cual se define la admisión, evaluación y derivación a dispositivos propios y/o conveniados tanto ambulatorios como de internación; de acuerdo a la pertinente evaluación profesional.

Las conclusiones resultantes en el análisis efectuado pueden brindar datos e insumos de información a la DGPSA útiles a la hora de evaluar su gestión, instrumentar mejoras en sus circuitos y protocolos, así como generar medidas de supervisión y mejora de control interno. Más aún porque dicha información no ha sido sistematizada, sino que es necesario rastrearla en las correspondientes historias clínicas y registros, tanto de los dispositivos propios como del área de ASA.

5.12.1.3. 2. Análisis de historias clínicas en dispositivos propios

A continuación se expone el resultado del examen de las historias clínicas en la muestra de dispositivos propios y en la sede de ASA (equipo de Admisión, Derivación y Evaluación) (Observación 12.1.)

Historias clínicas (legajos) relevadas en Admisión, Evaluación y Derivación (ASA)

El protocolo específico “Lineamientos de Intervención ASA” establece como objetivos la evaluación del solicitante, la realización de un diagnóstico presuntivo y -de corresponder- la derivación posterior a un dispositivo que se adecúe a sus necesidades.

El circuito operativo vigente contempla la realización de una entrevista de admisión, la confección de la ficha de admisión, la gestión del recurso, la confección del anexo de derivación y la firma del consentimiento informado. En la gestión de la admisión, evaluación y posterior derivación se confecciona un legajo⁴³ que cuenta con información análoga a una historia clínica con las responsabilidades que asume dicho sector en el proceso terapéutico con un contenido estandarizado.

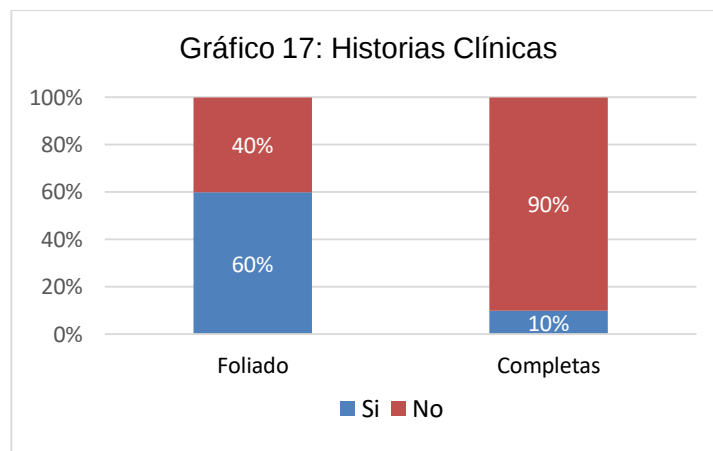
⁴³ A fin de unificar terminologías durante el desarrollo de este informe se denomina a estos registros “historias clínicas”.

Durante el relevamiento en ASA se tuvo acceso a 20 de las 21 historias clínicas previstas en el procedimiento: se trata de personas luego derivadas a Casa Puerto. En el procedimiento en dicha comunidad terapéutica se accedió a la totalidad de las historias clínicas. Los registros se archivan en un mueble fichero, por orden alfabético (por apellido). Previo a su armado y archivo, se coloca la documentación e información generada -incluso por meses⁴⁴- en una caja de cartón al lado del mueble, con lo cual no se cumplen las condiciones mínimas de seguridad de la documentación / información de cada persona.

Del análisis de las 20 historias clínicas relevadas se puede concluir que (Observación 12.2.):

- 2 historias clínicas (10%) están completas respecto a los contenidos mínimos previstos.
- 19 historias clínicas (95%) incluyen la fecha de ingreso.
- El 100% de las historias no contiene check list ni síntesis del caso.
- 12 historias (60%) están foliadas.
- Por la documentación obrante en los registros y su integridad, se puede determinar el tiempo transcurrido entre la fecha de evaluación en ASA y la fecha de alta en el dispositivo de internación en 14 registros, que representan un 70% de la muestra.
- La constancia de DNI se verifica en el 80% de los casos (16 historias clínicas).
- Consta domicilio del usuario en el 90% (18 historias clínicas).
- El consentimiento informado consta en el 50% (10 historias clínicas). A su vez, el 80% de los consentimientos registrados se encuentran completos (8 casos). El 70% registra firma de la persona (7 consentimientos) y el 40% tiene firma de familiar o acompañante (tienen menos de 18 años): se trata de 4 casos. Por último, la fecha de firma del consentimiento se registra en el 80% (8 casos).
- En el 65% de las historias constan los informes evolutivos mensuales (13 casos).
- En 18 consta el anexo de derivación (90%).
- La fecha de alta en internación figura en el 90% (18 historias clínicas) y se verificó un 15% de altas en tratamiento ambulatorio (en 3 casos).
- El diagnóstico presuntivo se ha registrado en el 80% (16 casos). De ese porcentaje consta firma del personal interviniente en el 100%.

⁴⁴ Se verificó durante procedimiento de auditoría al solicitar la documentación.



Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

- Con respecto a la orientación y/o modalidad sugerida, se recomienda tratamiento en el 5% en tratamiento ambulatorio (1 caso); comunidad terapéutica también en un 5% (1 caso); en el 70% se recomienda internación (15 casos) y en el 15% (3 casos) no consta registro de orientación. Por último, en 1 caso (5%) se registra derivación pendiente.
- El registro del control de supervisión del superior consta en el 5% de las historias clínicas de la muestra (1 caso).

A fin de actualizar los datos del circuito de admisión, derivación y evaluación que se desarrolla en la sede de ASA, se procedió a solicitar un conjunto de historias clínicas (legajos) de personas derivadas a Casa Puerto durante 2018.

De las personas registradas en el registro diario de los profesionales de ASA (a las que se las entrevistó y se las derivó al dispositivo de abril a agosto de 2018) se solicitaron las historias clínicas de dos personas por mes, al azar, según el número de ingreso identificado en el registro⁴⁵. La muestra quedó conformada, entonces por 10 historias clínicas, cuyo análisis se presenta a continuación (Observación 12.2.):

- El 100% no posee check list.
- Fecha de evaluación: consta en el 60% (6 historias clínicas).
- Opinión del profesional: consta en el 60% de las historias (6 historias clínicas).
- Diagnóstico presuntivo: se registra en el 60% (6 historias clínicas).
- Firma del profesional interviniente: en el 50% (5 historias clínicas).
- Consentimiento informado: consta en el 30% de las historias (3 casos). El 100% que posee consentimiento presenta el mismo completo y firmado tanto por la persona evaluada como por algún familiar/acompañante. En el 20% consta fecha de firma (2 casos).
- Anexo de derivación: consta en el 10% de las historias clínicas (1 caso).

⁴⁵ En el mes de mayo se seleccionó una sola persona y en el mes de junio tres porque no se habían derivado más de una en el primero de los meses.

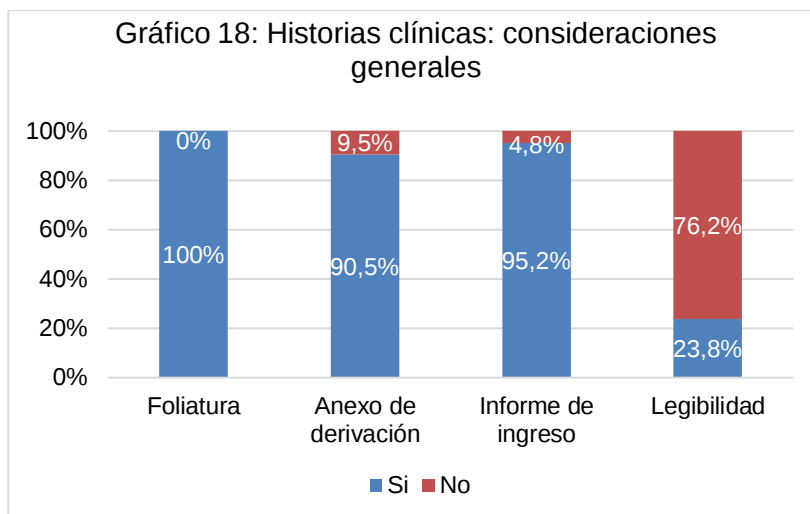
- Fecha de alta en dispositivo de internación: consta en el 20% de las historias (2 casos).
- No se registra alta en comunidad terapéutica en el 100%.
- Los informes evolutivos no constan en el 100% de las historias.
- Las historias clínicas son legibles en el 80% de los casos: una de ellas (10%) está foliada.
- El 100% carece de registro de control de supervisión.
- Con respecto a la orientación y/o modalidad sugerida, se recomienda tratamiento en comunidad terapéutica a un caso, el cual representa el 5% del total; mismo porcentaje se registra en las personas a quienes se recomienda tratamiento ambulatorio; en el 70% se recomienda internación y en el 15% no consta registro de orientación. Por último, en un caso (5%) se registra derivación pendiente.

Historias clínicas relevadas en Casa Puerto

Las historias clínicas de Casa Puerto se ordenan en función de 12 carátulas correspondientes a las distintas áreas de intervención: datos generales, ingreso, identidad, área terapéutica, área socio familiar, psiquiatría, salud física, enfermería, informes, área jurídica, escolaridad y actividades recreativas.

Como consideraciones generales del análisis de las 21 historias clínicas relevadas se puede concluir que (Observación 12.3.):

- El 100% de las historias clínicas no poseen foliado, mientras que el 43% (9 casos) posee carátula inicial completa de la historia clínica.
- Con respecto a la legibilidad general de las historias clínicas, el 23,8% (5 casos) de las mismas resultan legibles con claridad.
- En el 90,5% de las historias (19 casos) consta el anexo de derivación.
- En el 52% (11 historias clínicas) consta protocolo de ingreso al tratamiento y en el 95,2% de los casos (20 historias clínicas) consta registrado el informe de ingreso.
- El 47% en las que se registra el abandono como motivo de egreso (9 historias clínicas, que representan el 90,5% de la muestra) poseen informes de abandono.



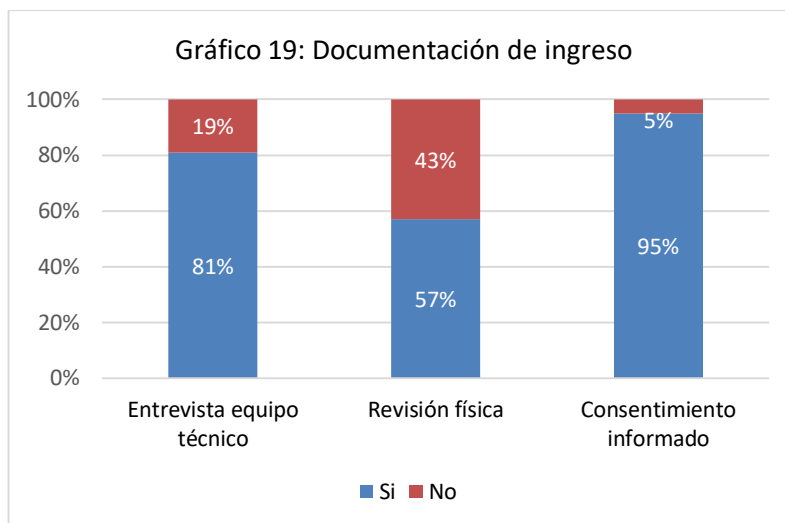
Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Documentación de ingreso y consentimiento informado

En relación con la documentación a presentar al momento del ingreso:

- El 81% de las historias clínicas (17 casos) cuentan con entrevista de evaluación del equipo técnico y operativo.
- El 57% (12 historias clínicas) posee el registro de la revisión física.
- El 43% de las historias clínicas poseen de informe de ingreso a las 10 horas a organismos de protección de derechos (9 casos). En el 71% (15 casos) posee informe de ingreso a las 48 horas a los mencionados organismos⁴⁶.
- En el 67% de las historias clínicas se registra la nota de derivación de ASA u otros sectores de la DGPSA (14 historias clínicas).
- En el 95% de los casos consta la firma del consentimiento informado (20 casos).
- En el 52% consta consentimiento para uso de medicación (11 historias clínicas).

⁴⁶ Según la Disposición N°7, el tiempo transcurrido entre el alta en internación y la notificación al CDNNyA no debe superar las 24 horas. Asimismo, el protocolo de intervención del dispositivo estima que dicha notificación debe realizarse antes de las 10 horas del ingreso al mismo.



Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Carátulas de intervenciones

- En carátula de datos generales: el 33% de historias clínicas (7 casos) cuentan con la hoja de protocolo de ingreso y egreso que estandariza los datos generales de los NNyA. Asimismo, el número de DNI consta en el 95% de las historias (20 casos).
- En carátula 3 (identidad) se constató la disponibilidad de DNI en el 52,3% de los casos (11 historias clínicas).
- En la carátula 4 (área terapéutica) consta fecha de primera entrevista en el 85,7% de las historias clínicas (18 casos).
- En la misma carpeta, el 66,6% de los casos posee registro escrito de intervenciones con frecuencia semanal (14 historias clínicas).
- Sobre la constancia de registro de la entrevista del área terapéutica, se verificó la misma en el 81% de los registros (17 casos).
- Registro de coloquio del operador/a social: consta en el 52% de los casos (11 historias clínicas). La primera entrevista posterior al ingreso se realizó luego de pasados siete días en el 29% de los casos (6 historias clínicas).
- Carátula 5 (área socio familiar): se encontraron entrevistas al grupo familiar en los NNyA con grupo conviviente en el 71% de los casos (15 historias clínicas). De los NNyA sin grupo conviviente (2 en total) en una historia clínica cuenta con entrevista con vínculos de referencia (50%).
- Carátula 6 (psiquiatría): consta la fecha de la primera entrevista en el 76%(16 casos). Se constató registro de intervención psiquiátrica en el 86% de las historias clínicas (18 casos). Consta plan de medicación en el 57% de los registros. En aquellas personas que no requieran medicación sería aconsejable que quede fehacientemente registrado en la historia clínica.
- Carátulas 7 y 8 (salud física y enfermería): constan historias clínicas propias/hojas de enfermería en el 81% de los registros (17 casos).
- Carátula 9 (informes): se constataron registros de informes mensuales en el 48% del total de la muestra (10 casos).



- La carátula de escolaridad, por su parte, registra un 48% de casos que presentan registros de escolarización (10 casos).
- Registros de actividades recreativas: en el 19% de los casos (4 historias clínicas).

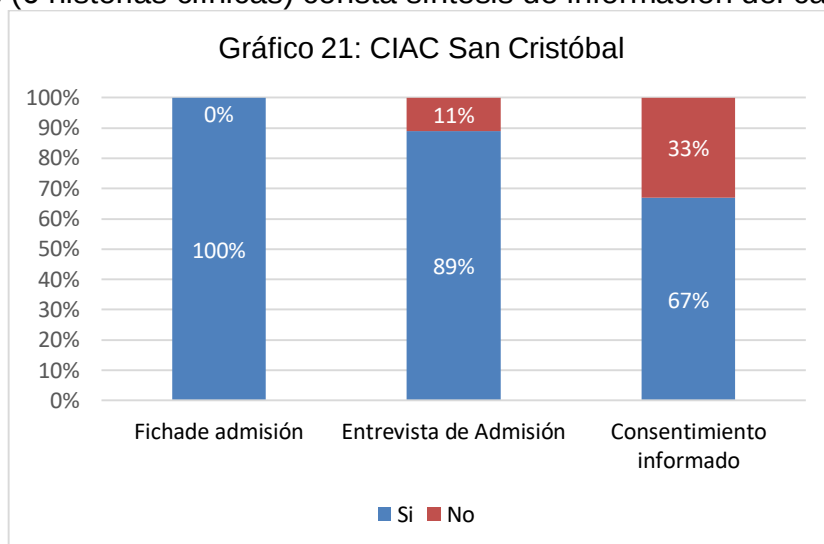
Historias clínicas relevadas en CIAC San Cristóbal

El análisis de las historias clínicas de este centro ambulatorio (consultorio externo)⁴⁷ pasa a sintetizarse a continuación. Dentro de la muestra determinada por el equipo de auditoría, uno de los casos seleccionados correspondía a un familiar, con lo cual el análisis porcentual se realiza sobre un total de 9 personas en tratamiento (Observación 12.4.):

- Características generales: el 100% resultó legible, foliado y numerado.
- El 22% estaba completo (2 casos).
- En un 55% (5 casos) consta la opinión profesional en relación a la voluntad de tratamiento de la persona.
- Orientación respecto a la modalidad de tratamiento sugerida por el equipo profesional: en un 44% (4 casos) la misma responde a tratamiento ambulatorio, en el mismo porcentaje no consta registro y en un caso (11%) se sugiere la modalidad de internación.
- Admisión: el 100% cuenta con ficha.
- En el 89% (8 casos) consta la entrevista de admisión.
- En el 78% de los casos (7 historias clínicas) consta diagnóstico presuntivo.
- En el 67% consta consentimiento informado. El mismo está completo en un 67%(4 casos) y en el 83%(5 casos) ha sido firmado por la persona en tratamiento.

⁴⁷ El procedimiento se llevó a cabo el 11 de octubre de 2018.

- En el 100% de los casos de las personas con menos de 18 años no se constató notificación al Consejo de Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CDNNyA), puesto que no está previsto este circuito para esta modalidad.
- En un 33% de la muestra (3 casos) se constató control de supervisión del superior a cargo.
- En el 67% (6 historias clínicas) consta síntesis de información del caso.



Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

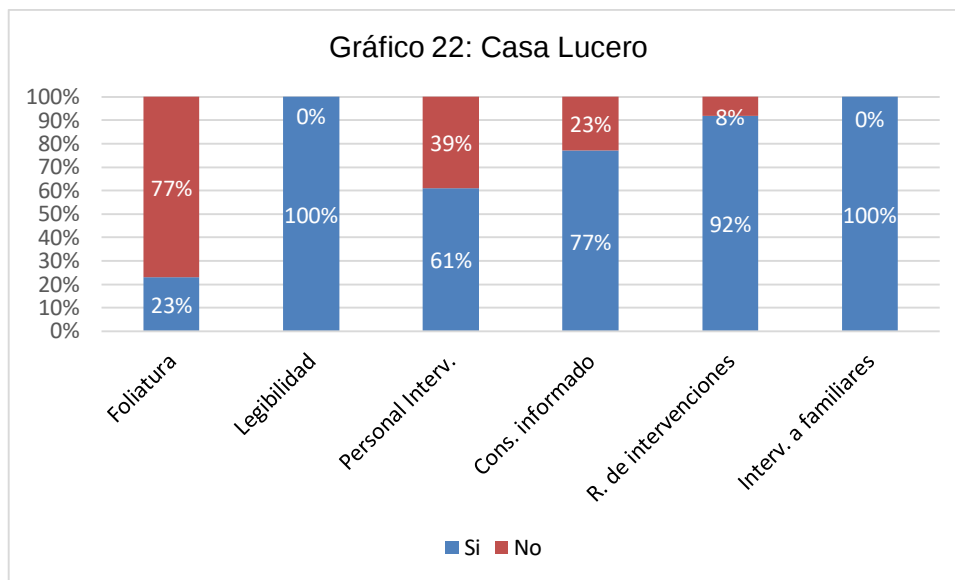
Historias clínicas relevadas en Casa Lucero

Del análisis de las 13 historias clínicas relevadas de este centro / hospital de día de asistencia para NNyA con problemática de consumo⁴⁸, se ha concluido que (Observación 12.5.):

- El 23% de las historias están foliadas (3 casos), 2 casos presentan foliado doble (15%).
- Las historias clínicas son legibles en su totalidad.
- En el 61% de los casos (8 historias clínicas) se identifica la identidad del profesional a cargo de su confección.
- En el 61% de los casos (8 historias clínicas) constan las pautas de convivencia y en el 77% consta el consentimiento informado (10 casos).
- En el 92,3% de las historias clínicas (12 casos) consta la entrevista de admisión. El 58%, las admisiones registradas corresponden a períodos previos al año 2016, extendiéndose hasta seis años anteriores al período auditado.
- Área terapéutica: la frecuencia semanal de intervenciones se verificó en el 10% de los casos (1 historia clínica).
- Área psiquiátrica: en el 100% no consta medicación, ni se registra que el usuario no debe recibirla.

⁴⁸ El procedimiento se llevó a cabo el 16 de octubre de 2018.

- En el 92% de los casos los registros de intervenciones están firmados (10 historias clínicas).
- En el 100% se registran intervenciones familiares firmadas.
- El 15,4% de las historias registra haber realizado talleres con familiares (2 casos).



5.12.2. Dispositivos conveniados

La admisión, evaluación y derivación se efectúa desde el área denominada “ASA”, cuyo circuito está previsto en el anexo de la Disposición N° 07/DGPSA/10: “Gestión del Recurso”.

Es de destacar que la normativa que aprueba los circuitos de intervención también determina que los “acuerdos se formalizarán por medio de convenios, en los que se establecerán las condiciones específicas para su atención”.

5.12.2.1. Convenios suscriptos con organizaciones para asistencia en adicciones

En el marco de esta auditoría, el ente auditado remitió copias de los convenios suscriptos, con dos modelos de convenios con organizaciones a cargo de tratamientos de asistencia en adicciones en las distintas modalidades -y en sus distintas sedes- durante el período auditado. La totalidad de organizaciones con las que se ha suscripto convenio de 2016 a 2018 inclusive -y que han formado parte de la oferta de asistencia de la DGPSA- puede verse en el Anexo I de este informe.

A continuación la síntesis de dichos modelos, a partir de sus principales cláusulas (Observación 10.1.1. Observación 10.1.2, Observación 10.1.3 y Observación 10.1.4):

Cuadro 69: Modelos de Convenios suscritos

	Modelo de convenio vigente en 2016 (aprobado por Decreto N° 165/2013, entre el Ministerio y la organización)	Modelo convenio año 2012 (entre el Ministerio y la organización, a través de la DG de Niñez y Adolescencia).
Marco Normativo	Referencia a la protección integral de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad social en el marco de lo dispuesto en las leyes N° 3706 (Protección integral de las personas en situación de calle) y 4036 (Protección integral de los derechos sociales para los ciudadanos)	Referencia a la Ley nacional N° 26061 (de protección integral de los derechos de NNyA), la Ley CABA N° 114 (Protección Integral de los Derechos de NNyA)
Obligaciones de la organización	No especifica	Ofrecer vacantes para NNyA para ser utilizadas de acuerdo a las derivaciones efectuadas por el GCBA
Subsidio	Subsidio diario el que se efectivizará en pagos mensuales conforme la cantidad de NNyA y/o adultos que asistan al tratamiento. También en algunos convenios se contempla el pago de un monto fijo mensual. En algunos convenios se establece la capacidad funcional de efector.	Subsidio diario por cada NNyA que corresponderá a la vacante real ocupada. Las vacantes no serán nominales, pudiendo ser ocupadas por distintos beneficiarios
Supervisión	El GCBA por intermedio del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano realiza la supervisión respecto al cumplimiento de las cláusulas, quedando facultado el equipo técnico para acceder a las instalaciones, solicitar documentación, tomar vista de informes y/o legajos, entrevistar beneficiarios y/o familiares, y efectuar todos los actos y/o diligencias necesarios para el adecuado cumplimiento del proyecto.	El GCBA por intermedio de la DG Niñez y Adolescencia ejercerá la supervisión respecto del cumplimiento de las cláusulas del convenio, pudiendo los agentes de dicha DG acceder sin restricciones a las instalaciones, solicitar documentación, etc.
Presentación de informes	Al finalizar el proyecto deberá presentar un informe de impacto con la población objetivo y toda vez que así se lo fuera solicitado, demostrar en forma fehaciente el destino del importe otorgado como subsidio.	La organización deberá presentar informe de avance en los meses de marzo, junio y septiembre. Asimismo debe presentar un informe final en el mes de diciembre al finalizar el ejercicio en vigencia
Destino del subsidio	Destinar el subsidio exclusivamente al cumplimiento de las obligaciones asumidas en el convenio.	La organización se compromete a aplicarlo exclusivamente al cumplimiento de las obligaciones del convenio y únicamente para servicios que benefician directamente a los NNyA. Se excluye del uso del subsidio los gastos de administración, personal o capital sin excepción.
Ingreso de beneficiarios	No especifica	Los ingresos de NNyA solo serán autorizados por la DG Niñez y Adolescencia

Sanciones	No especifica ⁴⁹	La DG Niñez y Adolescencia podrá aplicar las medidas: pedido de informes - intensificación de controles - retiro y traslado de niños - Solicitud de intervención a autoridad competente. Sanciones: apercibimiento - suspensión de la derivación de asistidos - rescisión del convenio.
Rescisión del convenio	Podrá ser rescindido unilateralmente por cualquiera de las partes en cualquier momento de la relación contractual, siempre que la parte interesada notifique en forma fehaciente a la otra con una antelación mínima de 30 días hábiles administrativos. La rescisión anticipada no generará derecho a exigir resarcimiento o indemnización por concepto alguno y no autorizará, en ningún caso, la suspensión o interrupción de las tareas que se encuentren en ejecución.	En caso de que la organización decida finalizar el convenio con anterioridad al término de vigencia debe mediar comunicación fehaciente al GCBA con 45 días de anticipación, informando en dicha notificación de manera expresa las causas de su decisión.
Vigencia el convenio	No contempla renovación	Contempla la posibilidad de ser renovado automáticamente por igual periodo, salvo manifestación en contrario de alguna de las partes mediante comunicación fehaciente a la otra con una antelación no menor a 60 días a la fecha de su vencimiento.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Se procedió al análisis del total de los 42 convenios suscriptos con 25 organizaciones con vigencia durante el período auditado, a partir de la información suministrada por la DGPSA en respuesta a la Nota AGCBA N° 1203/18 y complementaria por mail. A continuación los puntos relevantes del análisis realizado por el equipo de auditoría:

Destinatarios de los proyectos

En la cláusula segunda se establece que la Organización ha presentado el "Proyecto Institucional" destinado a garantizar el derecho de:

- "Los y Las adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas" en el 74,07% de los convenios.
- "Niñas/niños/adolescentes/madres con su/s hijo/a/s" en el 25,93% de los convenios.

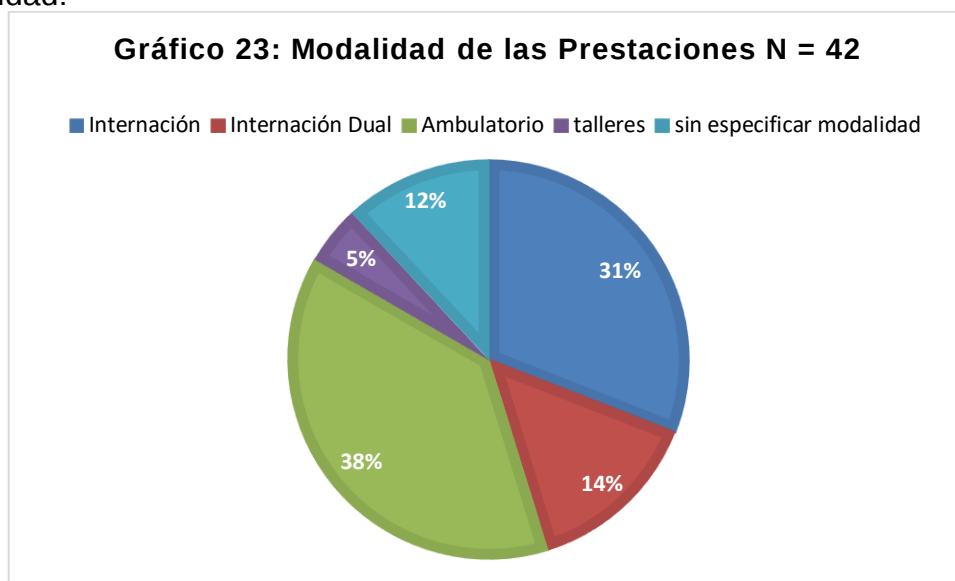
En ninguno de los convenios se establece como población beneficiaria o que el proyecto esté destinado a la población adulta específicamente: solamente en un 2,38% de los convenios (1 convenio) se incluye a los "adultos" en la cláusula del pago del subsidio aunque en la cláusula de los destinatarios del proyecto no lo especifica. (Observación 10.1.5.)

⁴⁹ Están previstas en la Disposición N° 07/2010.

Modalidad de las prestaciones

En la cláusula tercera suele figurar (en seis convenios no consta) la modalidad de la prestación brindada por la organización para la cual se suscribe el convenio. De la totalidad de los convenios brindados surge que las modalidades con organizaciones conveniadas son: ambulatorio e internación. A su vez, en internación se especifica si se trata de la modalidad "dual".

En el siguiente gráfico se refleja el porcentaje de los 42 convenios con vigencia en 2016 por modalidad:



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Montos

En la cláusula tercera se establecen los montos a abonar a cada organización a los fines de posibilitar el cumplimiento del proyecto. Se determina que el monto se efectivizará en pagos mensuales, conforme a determinados perfiles y franjas etarias, o directamente no se especifica el criterio. Como se verá en el examen de los proyectos y modalidades de atención este criterio no siempre se corresponde con la población destinataria real de las prestaciones en la práctica. (Observación 10.1.6.)

En los convenios vigentes durante 2016 (suscriptos por dos años) se establece que los montos se efectivizarán en función de los criterios que se expresan en el siguiente cuadro:

Cuadro 70: Criterios para efectivizar los montos a abonar

Criterio (población / franja etaria)	Cantidad de convenios	% (en cláusula 3º)
Niñas, niños y adolescentes que asistan al tratamiento ambulatorio, internación o internación dual	15	35,7
Jóvenes que asistan al tratamiento	3	7,1

Mujer embarazada y/o madre con hijos	3	7,1
Niños, niñas, adolescentes y adultos que asistan al tratamiento modalidad dual	1	2,4
Niñas / niño/adolescente/madre vinculadas a su/s /hijo/a/s, que corresponderá a la vacante real ocupada	5	11,9
Vacante real ocupada	4	9,5
Capacidad funcional *	6	14,3
No especifica a que población corresponde el subsidio.	5	11,9
Total	42	100

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 71: Montos a abonar determinados en los convenios

Modalidad (organizaciones habilitadas por Superintendencia de Salud)	Monto del Convenio Vigente 2016 x día por persona	Monto de la Adenda (desde marzo 2016) x día por persona
Ambulatorio	\$ 169	\$ 211
Internación	\$ 239 (por persona)	\$ 299
	\$ 420 (por embarazada)	\$ 525
	\$ 135 (por hijo)	\$ 169
Internación Dual	\$ 420	\$ 525

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Montos fijos mensuales a las que se abona por capacidad funcional, el monto ha sido uniforme en todas las organizaciones: \$ 3387 por persona mensual (\$169 por día por persona). Para calcularlo el equipo de auditoría dividió el monto del convenio por la capacidad funcional. De ese modo, se equiparan los montos de modalidades ambulatorias: proyectos comunitarios y ambulatorios bajo el régimen de Salud, para aquellas personas que han estado bajo tratamiento durante todo un mes.

5.12.2.2. Montos de las becas abonadas a organizaciones conveniadas

Se consultó mediante nota AGCBA N° 2431/2018 dirigida a la DGPSA, que especificara el criterio por el cual se han fijado los montos de las becas de las comunidades terapéuticas / centros ambulatorios; así como los montos / subsidios a proyectos comunitarios. Por ejemplo, si se consideraba algún estándar o normativa establecida por organismo nacional.

En su respuesta, la DGPSA informó que el monto se fija de acuerdo a las características del Proyecto, y que las instituciones celebran la firma de los convenios con el Ministerio de acuerdo al monto estipulado. Es importante aclarar que los proyectos se adjuntan al convenio: la organización por su suscripción se compromete a cumplirlo y cada uno de los proyectos presenta sus particularidades y los montos se diferencian según la modalidad: internación, internación dual, ambulatorio, etc.

En entrevista con el equipo auditor, responsables de la DGPSA afirmaron que la determinación de las condiciones de pago que se establecen en los convenios y las prestaciones a realizar para todas las modalidades se trata de decisiones que adoptan las autoridades del Ministerio.

En referencia a la prestación realizada en las comunidades terapéuticas con modalidad de internación en adicciones, se constató durante los procedimientos que las mismas reciben derivaciones de organismos públicos de distintas jurisdicciones, principalmente de Sedronar. También reciben derivaciones de obras sociales y de manera privada.

La Superintendencia de Servicios de Salud fija valores de referencia para reintegros a las obras sociales para los tratamientos ambulatorios y de internación.

Uno de los valores que determina el organismo regulador⁵⁰ es el monto máximo a reintegrar a los agentes del seguro de salud para el Módulo 2.2 denominado "Internación en Comunidad Terapéutica Residencial" con patología de drogodependencia. El alcance a reintegrar como módulo mensual ha sido fijado por un máximo de 12 meses. El período máximo que se reconoce en concepto de reintegros para tratamiento de drogodependencia es de 36 meses, sumadas todas las modalidades requeridas para un mismo paciente. El tope mensual en 2016 ha sido de \$9400 y de 11.280 (éste último desde el 25 de octubre)⁵¹.

De la información relevada durante los procedimientos en comunidades terapéuticas de la muestra surge que han percibido diversos valores mensuales por las becas en tratamientos de la modalidad de internación en adicciones:

A fin de 2016:

- GCBA: \$ 8970.
- Sedronar: \$ 8100.

Al momento de los procedimientos (diciembre de 2018):

- GCBA: \$11070.
- Sedronar: \$12990 (hombres) o 14250 (mujeres).
- Otros organismos subnacionales: de casi \$18.000 a \$40.000. Promedio de 3 casos: \$29.333.

Las comunidades terapéuticas poseen una cantidad de plazas restringida en cada uno de sus dispositivos y la DGPSA no cuenta con vacantes reservadas por parte de los prestadores. Cuenta con un solo dispositivo propio con una capacidad de 12 plazas en la modalidad de internación (para niños, niñas y adolescentes), con lo cual resulta importante garantizar la oferta de distintos proyectos y prestaciones.

⁵¹ Resol-1048/14 y Resol-400/16 respectivamente.

Por otro lado, no se ha determinado un criterio de reajuste de los subsidios: el monto abonado a las comunidades terapéuticas y centros ambulatorios no acompaña, por ejemplo, el nivel inflacionario acumulado en los últimos años.

El aumento de la beca de internación en adicciones ha sido del 27% de 2016 a 2018: de casi \$9000 a \$11.000 por mes. Para el caso de los centros ambulatorios ha sido de \$211 a \$ 290 por día (aumento del 37,44%). En dicho período el índice de precios al consumidor ha registrado un aumento del 112,56% (de acuerdo a informes de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del GCBA).

Por lo tanto, del análisis precedente se concluye que no existe un criterio basado en parámetros e indicadores técnicos para fijar, ni actualizar, los montos de las becas. (Observación 10.2).

5.12.2.3. Documentación de las instituciones en suscripción de convenios / en procedimiento

5.12.2.3. 1. Documentación relevada en expedientes de suscripción de convenios

Mediante Nota AGCBA N°2658 /18 se solicitó a la Dirección General de Contaduría que ponga a disposición los expedientes electrónicos correspondientes a las organizaciones conveniadas que han sido objeto de la muestra. El procedimiento aplicado consistió en relevar dichos expedientes a los efectos de determinar si se han agregado a los mismos la documentación que es exigida en la Disposición N° 07/DGPSA/10. Asimismo, se agregó al relevamiento la documentación que forma parte de los requisitos solicitados a las organizaciones por el Área Administrativa, Técnica y Legal de la DGPSA⁵² durante el análisis de la documentación a presentar, en el marco del circuito de suscripción de los convenios. Se trata de una tarea a cargo de dicho sector, como se prevé en la mencionada normativa.

Se relevó un total de nueve expedientes electrónicos, ocho de ellos pertenecientes a convenios con organizaciones de la sociedad civil y uno con parroquias.

Cuadro 72: Listado expedientes electrónicos relevados ⁵³	
Organización	N° E.E.
Fundación Manantiales (CABA)	4383587
Fundación Convivir (CABA)	4384174
Asociación Civil Ananké	4382956
Asociación Civil Hay Otra Esperanza (CABA – Proyecto comunitario)	4411797
Asociación Civil ACIAR El Reparo	4385107/2016
Asociación Civil El Palomar	11080527/2016
Fundación Candil (Internación)	21563081/2016
Fundación Candil (Dual)	21563374/2016

⁵² Relevamiento en entrevista con el equipo de auditoría 31 de julio de 2018.

⁵³ Los expedientes relevados fueron entregados al equipo auditor en la sede de la D.G. de Contaduría el día 17 de diciembre de 2018.

Parroquia Virgen de los Milagros de Caacupé (CABA - Centro Barrial)

4381829/2016

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado

Las características de cada una de las organizaciones con convenio determinan los requisitos de documentación, por ello algunos requisitos no aplican, tal como se expresa en el siguiente cuadro, resultado del relevamiento de expedientes (Observación 10.3.1.):

Cuadro 73: Análisis de expedientes relevados en DG Contaduría General

Documentación		Resultado del relevamiento de			
		Posee	No posee	No aplica	% de cumplimiento
Requisitos Disposición 7	Nota de presentación institucional a la DGPSA: expresando voluntad de conveniar	3	6		33,3%
	Proyecto institucional	9	0		100%
	Nombre y DNI del responsable legal	9	0		100%
	Nombre y DNI del responsable técnico	3	6		33,3%
	Nombre del Proyecto	9	0		100%
	Plantilla de personal especificando función y carga horaria	0	9		0%
	Personería jurídica de la organización con debida constancia IGJ o personería jurídica del arzobispado	8	1		88,9%
	Estatuto. Acta constitutiva *1	8	0	1	100%
	Última acta de Asamblea con nómina autoridades *1	8	0	1	100%
	Última memoria y balance presentados en IGJ *1	1	7	1	12,5%
	Constancia de inscripción en el CENOC	0	9		0%
	Constancia de inscripción en registro de ONGs del CDNNyA	7	2		77,8%
	Constancia de no estar inscripto en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (del presidente de ONG o Párroco)	9	0		100%
	CUIT vigente	9	0		100%
	Habilitación definitiva o nota de habilitación en trámite *2	6	1	2	85,7%
	Habilitación sanitaria otorgada por autoridad competente (Ministerio de Salud de la Nación) *3	3	4	2	42,9%
	Constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores como establecimiento asistencial y ambulatorio (Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación) *3	5	2	2	71,4%
	Título de propiedad, contrato de alquiler, comodato, sesión, u otro de la sede en la cual se desarrollan las actividades	6	3		66,7%
	Póliza de seguro de responsabilidad civil	9	0		100%
	Plan de evacuación aprobado por autoridad competente	0	9		0%
	Certificado desinfección mensual del inmueble, expedido por empresa autorizada	0	9		0%
	Certificado semestral de limpieza de tanques	0	9		0%
	Certificado antecedentes penales (responsable o director)	0	9		0%

Requisitos DGTA	DDJJ de no poseer juicios contra la Administración Pública ni percibir otro subsidio para el proyecto presentado	9	0		100%
	Certificado CIOBA	8	1		88,9%
	CUIL Presidente (o párroco para parroquias)	3	6		33,3%
	Matafuegos tarjeta vigente	6	3		66,7%
	Certificados Ministerio relaciones exteriores y culto que integra la iglesia católica *4	1	0	8	100%
	Nombramiento párroco por parte del arzobispado *4	1	0	8	100%
	Constancia inscripción AFIP parroquia *4	1	0	8	100%

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Del cuadro anterior se deriva, en la columna “no aplica” las siguientes referencias:

*1: Por ser una parroquia: no corresponde la presentación del estatuto (acta constitutiva), última acta de asamblea, última memoria y balances de Virgen de los Milagros de Caacupé.

*2: No corresponde la presentación de la habilitación definitiva (o habilitación en trámite) por parte de la Asociación Civil Hay Otra Esperanza ya que funciona dentro de un inmueble del GCBA. Asimismo tampoco corresponde su solicitud por parte de Virgen de los Milagros de Caacupé por ser una parroquia.

*3: No corresponde la presentación de la habilitación sanitaria y la constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores del Ministerio de Salud por parte de Virgen de los Milagros de Caacupé y Asociación Civil Hay Otra Esperanza.

*4: Solo le corresponde la presentación de los certificados del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, nombramiento del párroco e Inscripción AFIP de la parroquia a Virgen de los Milagros de Caacupé.

Los requisitos surgen de la documentación exigida en la Disposición N° 07/DGPSA/10, y de la establecida por el Área Administrativa Técnica y Legal (AATAL) de la DGPSA (por indicaciones de la DGTAL del Ministerio) a las ONGs y/o parroquias que celebran convenios. Estos últimos requisitos están consignados en una Guía para solicitud de documentación que forman parte de un circuito interno entre la DGTAL del Ministerio y el área interna de la DGPSA al momento de disponer de la documentación necesaria; previa a la suscripción de los respectivos convenios (existen guías para ONGs / Comunidades Terapéuticas, para parroquias y para cooperativas).

En lo que respecta a la constancia de inscripción al CENOC (que no consta en ninguno de los expedientes de la muestra), la información recabada ha sido la siguiente, en respuesta a la Nota N° AGCBA 1882/18, remitida al propio organismo nacional:

Puede concluirse que no se han inscripto en el Centro Nacional de Organizaciones de la Sociedad (dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social) el 50% de las organizaciones de la muestra y el 56% del total de los dispositivos con convenio (sumando todas); siendo éste requisito para la firma de convenios a partir de la Disposición vigente.

Las constancias de las inscriptas de la muestra no se consignan en los expedientes relevados por el equipo de auditoría. (Observación 10.3.2.)

5.12.2.3. 2. Documentación relevada en procedimientos in situ

Durante el procedimiento de auditoría se relevaron diferentes cuestiones generales de documentación, respecto al encuadre de las organizaciones a cargo de los tratamientos, a fin de actualizar la misma, puesto que -como se expuso previamente- es requerida al momento de la firma de los respectivos convenios y parte de la misma también forma parte de los requisitos a cumplir en función de la Disposición N° 07/DGPSA/10.

De este modo, de acuerdo con la normativa interna de la DGPSA (pautas de funcionamiento), las organizaciones conveniadas deben contar con:

- Libro foliado de registro permanente y actualizado de NNyA que se albergan o concurren, con datos personales y fecha de ingreso y egreso, documento de identidad, y domicilio de los padres o los responsables, lugar de procedencia y el organismo oficial que haya efectuado la derivación, motivo de ingreso y egreso.
- Carpeta de supervisión donde consten las Actas de visita de supervisión, devoluciones escritas por parte de la supervisión de la DGPSA.
- Exhibición (en lugar visible) de: certificado de habilitación, plano de evacuación, organigrama del personal, certificado de desinfección, listado de alojados, menú.
- Constancia de simulacro de evacuación.
- Habilitación sanitaria otorgada por autoridad competente.

Del relevamiento efectuado en las organizaciones de la muestra surge lo siguiente:

Cuadro 74: Establecimientos con habilitación sanitaria

	Libro de actas para supervisiones	Libro foliado para registro de población	Libro separado registro de NNyA	Documentación visible	Habilitaciones (municipales / provinciales / Ministerio de Salud de Nación)
Internación (4 en total)	SI	SI (3 de 4 porque1 es digital)	SI (en 3 de 4 rubricado s por CDNNyA)	SI en 3 de 4 (1 estaban haciendo arreglos en sector)	SI. Constancia de Registros de Prestadores: municipal, provincial, nacional (el último corresponde al de la Superintendencia de Servicios de Salud).

Ambulatorios (2 en total)	SI	SI	SI	1 SI, 1 NO	SI. Constancia de Registros de Prestadores nacional (Superintendencia de Servicios de Salud) y solicitudes de habilitación AGC en CABA: uno para rubro Instituto de Enseñanza, Academias, Hospital de Día, Centro de Salud Mental (ambulatorio) y otro consultorio profesional psicología. En el caso de Manantiales la modalidad constancia nacional es para la modalidad internación de la dirección del centro anterior, Entre Ríos 831.
Establecimientos sin habilitación sanitaria					
Centros barriales ambulatorios (2 en total)	NO	1 SI, 1 NO	1 SI, 1 NO	NO	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Del cuadro precedente se concluye que los centros barriales ambulatorios (proyectos comunitarios) no cuentan con libro para supervisiones ni documentación visible y en uno de ellos no cuenta con libro de registro de población / libro de NNyA.

5.12.2.4. Registro de organizaciones / centros de tratamiento

En la Ley N° 2318 de 2007 y su decreto reglamentario (N° 484 de 2010), se establece que la DGPSA debe crear el llamado "Registro de Organizaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vinculadas a la prevención, tratamiento, reducción de daños y rehabilitación de personas con dependencia a la sustancias psicoactivas". La mencionada ley prevé su creación y el decreto dispone que las funciones del Registro de Organizaciones previsto por el artículo 8° de la Ley 2.318 serán asumidas por la DGPSA. El decreto de estructura N° 399/2016 también establece -como acción de la Gerencia Operativa de Asistencia Social- la de "Creación y Actualización del Registro de los Centros de Tratamiento.

La DGPSA remitió los convenios suscriptos vigentes a 2016 y las organizaciones que se han sumado en 2017 y 2018 con nuevos convenios. Del examen realizado a partir de la información suministrada surge que no se ha creado el Registro, en tanto la DGPSA ha referido (en respuesta a la Nota AGCBA N° 2430/18) que "las instituciones se inscriben en el Centro de Información de la Ciudad de Buenos Aires", el cual forma parte de la documentación requerida al momento de conveniar, como se expuso previamente.

Mediante la Nota AGCBA N° 2560 se requirió copia del Registro previsto en la Ley y la DGPSA adjuntó copia de un documento en formato Word denominado “Registro organizaciones adicciones CIOBA” y brindó información sobre los requisitos de inscripción, conforme surge del Decreto N° 847/09: “pueden inscribirse en el CIOBA las Organizaciones de la Sociedad Civil, cualquiera fuese la temática que aborden, estando o no legalmente constituidas, que desarrollen actividades sin fines de lucro en beneficio de la comunidad, dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. También se explicó el procedimiento de inscripción y se proporcionó el link correspondiente.

Además se efectuó un requerimiento al CIOBA (Centro de Información de la Ciudad de Buenos Aires), dependiente de la Dirección General de Fortalecimiento de la Sociedad Civil, en el marco de este informe respecto a la inscripción de las organizaciones conveniadas en el Registro.

A continuación se expone la síntesis de la información brindada respecto a la inscripción al CIOBA en respuesta a la Nota AGCBA N°1883/18 por parte del CIOBA, y la brindada por la DGPSA en la nota mencionada con anterioridad:

Cuadro 75: Inscripción en CIOBA en organizaciones de la muestra (información proporcionada por CIOBA)					Registro Organizaciones Adicciones CIOBA según DGPSA
	Organización	Inscripción	Año de inscripción	Vigente al 2016	
Muestra de AGCBA	Fundación Convivir	SI	2015	SI	NO consta en listado
	Fundación Manantiales	SI	2014	SI	SI
	Parroquia Virgen de Caacupé	SI	2016	SI	NO consta en listado
	Asociación Civil Hay Otra Esperanza	SI	2012	SI	NO consta en listado
	Asociación Civil El Palomar	SI	2018	NO	SI
	Asociación Civil Ananké	SI	2013	SI	SI
	Asociación Civil ACIAR El Reparo	SI	2011	SI	SI
	Fundación Candil	SI	2012	SI	NO consta en listado

Elaboración propia en base a información suministrada por CIOBA y por el ente auditado

Cuadro 76: Inscripción en CIOBA en el total de organizaciones con convenio (información proporcionada por CIOBA)					Registro Organizaciones Adicciones CIOBA (información DGPSA)
	Organización	Inscripción	Año de inscripción	Vigente al 2016	
Con convenio 2016	Asociación Civil El Almendro	SI	2016	SI	NO consta en listado

(excluidas las organizaciones de la muestra)	Fundación DEHUM	SI	2011	SI	SI
	Fundación Niños de la Argentina	SI	2017	NO	NO consta en listado
	Parroquia Madre de Dios	SI	2013	SI	NO consta en listado
	Parroquia Santa María del Pueblo	SI	2014	SI	NO consta en listado
	Parroquia Cristo Obrero	SI	2013	SI	NO consta en listado
	Cooperativa Puentes Limitada	SI	2016	SI	NO consta en listado
	Parroquia Virgen Inmaculada	SI	2014	SI	SI
	Cooperativa Paco Limitada	SI	2015	SI	NO consta en listado
	Asociación Civil Raíces	SI	2006	SI	NO consta en listado
	Programa Despertares	SI	2012	SI	SI
	Programa Por Decir	SI	2014	SI	NO consta en listado
	Fundación San Mateo	SI	2013	SI	NO consta en listado
	Fundación Araucaria	SI	2013	SI	NO consta en listado
	Fundación Creer es Crear	SI	2014	SI	NO consta en listado
	Asociación Civil Ile Ase Osu Doyo	SI	2016	SI	NO consta en listado (dan talleres en efectores propios)
	Asociación Vecinal Amigos de Villa Luro	SI	2012	SI	NO consta en listado (dan talleres en efectores propios)

Elaboración propia en base a información suministrada por CIOBA y por el ente auditado

De los cuadros precedentes se desprende que de la información suministrada por CIOBA:

- El total de las organizaciones de la muestra cuenta con inscripción; una de ellas posterior a la firma del convenio (fue durante 2018): representa el 12,5% de la muestra. Esta información es coincidente con la que consta en el expediente analizado en Contaduría General. Se trata de la Asociación Civil El Palomar.
- Lo mismo ocurre con el resto de las organizaciones con convenio: el 100% cuentan con inscripción. Una de ellas tiene inscripción posterior. Se trata de Fundación Niños de la Argentina que se inscribió durante 2017, lo cual representa el 4% del total de las organizaciones con convenio durante el período auditado.
- Entonces del total de las organizaciones conveniadas (25), dos de ellas se inscribieron al CIOBA con posterioridad a la firma del convenio: Fundación Niños de la Argentina

y Asociación Civil El Palomar. Representa el 8% de las organizaciones conveniadas. (Observación 10.3.3.)

De la información suministrada por la DGPSA en el documento “Registro organizaciones adicciones CIOBA” se concluye que:

- Se registran 7 de las 25 organizaciones con las que se suscribió convenio durante 2016 (28%).
- Las restantes 18 organizaciones con las que se firmó convenio –y que tienen inscripción al CIOBA por la información brindada por el propio CIOBA- no figuran en el documento suministrado por la DGPSA. representa el 72% del total.
- La información brindada por la DGPSA incluye datos de 50 organizaciones con las que no se ha suscripto convenio.

Por otra parte, respecto a la constancia de inscripción en CIOBA que es uno de los requisitos para suscripción de convenios, relevada en los expedientes de la DG de Contaduría General -correspondientes a 8 organizaciones- y los cruces efectuados en la documentación remitida, se concluye que:

- 3 instituciones cuentan con inscripción en CIOBA según la documentación del expediente y la información remitida por CIOBA y también figuran en el listado de instituciones de “Registro organizaciones adicciones CIOBA” remitido por la DGPSA: Asociación Científica de Investigación, Asistencia y Rehabilitación A.C.I.A.R. EL REPARO, Asociación Civil Ananké, Fundación Manantiales.
- 4 instituciones cuentan con inscripción en CIOBA según la documentación del expediente y la información remitida por CIOBA, pero no figuran en el listado enviado por la DGPSA: Asociación Civil Hay Otra Esperanza, Fundación Candil, Parroquia Virgen de Caacupé y Fundación Convivir.
- Respecto a la Asociación Civil El Palomar figura en ambos listados, pero no consta su inscripción en CIOBA en el procedimiento de auditoría de relevamiento en Contaduría (como indicó el propio CIOBA la inscripción fue posterior, en 2018). Es decir, no contaba con inscripción al momento de la firma del convenio correspondiente.

Del conjunto de información brindada por ambas fuentes se concluye que no es coincidente la información respecto a la inscripción de las entidades conveniadas según la fuente: el CIOBA propiamente dicho y la DGPSA. (Observación 2.1.1.)

Del análisis de la documentación remitida se evidencia la falta de conocimiento de la DGPSA sobre la situación en la cual se encuentran las instituciones, puesto que CIOBA remitió información de inscripción de organizaciones que no fue incluida por la DGPSA en la documentación enviada respecto a la condición de inscripción. Por otra parte, de la información suministrada por CIOBA surge la inscripción de dos organizaciones con posterioridad a la fecha de la firma del convenio. Respecto a una de ellas, al formar parte de la muestra, se corroboró falta de la documentación de inscripción en el expediente en Contaduría General.

5.12.2.5. Vacantes en organizaciones. Camas habilitadas y capacidad ocupada en organizaciones de internación de la muestra

La Disposición N° 07/DGP/SA/10 determina con respecto a la cantidad de vacantes en cada efector propio o conveniado, y de la suma de todas ellas que la DGP/SA "llevará una verificación constante de las disponibilidades a fin de evitar su agotamiento, buscar la ampliación de su número por medio de nuevos convenios, tomando en cuenta las necesidades específicas por sexo, edad, perfil psicológico, ubicación geográfica, comorbilidades, etc.

Respecto a la cantidad de vacantes disponibles, el equipo de auditoría procedió a solicitar a la DGP/SA -mediante Nota AGCBA N° 2431/18- la cantidad de vacantes en cada efector propio y conveniado, y la suma de todas ellas, en función de lo dispuesto en la normativa. A continuación se expone la información suministrada por el ente auditado del año 2016:

Cuadro 77: Información sobre vacantes DGP/SA				
Organización	Modalidad / cantidad de sedes		vacantes 2016	
Con habilitación de la Superintendencia de Servicios de Salud	Internación / internación dual	ambulatorio	internación / internación dual	ambulatorio
ACIAR EL REPARO	2	1	70 (30 para sede San Miguel, 40 sede Marcos Paz)	sin datos
ANANKE	2		27 (7 para sede Lanús, 20 para sede Lobos)	
ASOCIACION CIVIL EL PALOMAR	1		40	
ASOCIACION CIVIL RAICES	1		30	
EL ALMEDRO		1		sin datos
FUNDACION ARAUCARIA	2		48	
FUNDACION CANDIL	1		42	
FUNDACION CONVIVIR		1		sin datos
FUNDACION CREER ES CREAR	2		35	
FUNDACION DEHUM		1		sin datos
FUNDACION MANANTIALES		1		sin datos
FUNDACION SAN MATEO	2		51	
PROGRAMA DESPERTARES	1		28	
PROGRAMA POR DECIR	1		50	
FUNDACION NIÑOS DE ARGENTINA	1		12	
Total			433	
Proyectos comunitarios	Internación / internación dual	ambulatorio	internación / internación dual	ambulatorio
ASOC CIVIL HAY OTRA ESPERANZA		1		18
COOPERATIVA PACO LIMITADA		2		105

COOPERATIVA Puentes LIMITADA		1		105
PARROQUIA CAACUPE	1	1	7	80
PARROQUIA SANTA MARIA MADRE DEL PUEBLO		1		120
PARROQUIA VIRGEN INMACULADA		1		20
PARROQUIA MADRE DE DIOS		1		30
PARROQUIA CRISTO OBRERO		1		40
Total			7	518
Total para todas las organizaciones				958

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De la información brindada por la DGPSA, de los datos que surgen de los convenios y de la relevada en los procedimientos (en las organizaciones de la muestra) respecto a las vacantes surge que:

- La cantidad de vacantes informada por la DGPSA en los denominados “proyectos comunitarios” se corresponde con la capacidad funcional que consta en los convenios de las organizaciones: Parroquia Virgen de Caacupé, Parroquia Cristo Obrero, Parroquia Madre de Dios, Parroquia Santa María Madre del Pueblo, Parroquia Virgen Inmaculada y Asociación Civil Hay Otra Esperanza;
- La cantidad de vacantes informada no coincide con la capacidad funcional de los convenios de Cooperativa Paco Limitada: convenio I capacidad funcional de 30 jóvenes y convenio II capacidad funcional de 20 jóvenes; y Cooperativa Puentes Limitada con: 65 adultos y jóvenes de capacidad funcional.
- La DGPSA no ha informado cantidad alguna respecto a las organizaciones ambulatorias con convenio que están habilitadas por la Superintendencia de Servicios de Salud;
- Respecto a las organizaciones de internación los convenios no determinan cantidad de vacantes. Durante 2016 la DGPSA informó que se determinaba la cantidad de becas según a la habilitación de cada institución (capacidad funcional).
- La cantidad informada en internación se corresponde con la cantidad de camas de la habilitación de acuerdo a la documentación relevada del procedimiento efectuado en las organizaciones de la muestra, como se expone a continuación:

Cuadro 78: Habilitaciones y capacidad ocupada: organizaciones de internación de la muestra

Capacidad: habilitación / procedimiento in situ				
	Habilitación Superintendencia de Servicios de Salud	Capacidad ocupada en procedimiento / capacidad	Información DGPSA	
		Relevada en procedimiento	Vacantes	Información del proyecto / convenio
El palomar	40 camas	38 de 40 plazas totales	40 en 2016	

Ananké	7 camas	12 de 12 totales	7 en 2016 y años sucesivos.	Sin especificar en convenio ni proyecto
El Reparo	30 camas	36 de 36 plazas totales (en 2016 era de 32)	30 en 2016. Igual en años sucesivos	
El Candil	42 camas	32 de 46 plazas totales	42 en 2016	46 plazas en sede Pilar (según Proyecto)

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

El cuadro anterior refleja la cantidad de camas habilitadas de acuerdo a la habilitación de la Superintendencia de Servicios de Salud y la capacidad ocupada corroborada en los procedimientos respectivos.

De ese modo, de la información relevada in situ en tres casos la capacidad de ocupación o la disponibilidad supera la prevista en la habilitación. (Observación 15.)

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que la DGPSA no lleva adelante el Registro de Organizaciones y Centros de Tratamiento establecido por ley, ni registra de manera sistemática las vacantes para las modalidades de atención de acuerdo lo establecido por Disposición. (Observación 8.2.) Del relevamiento efectuado surge que la DGPSA, además, no tiene vacantes garantizadas con ninguna organización las que han suscripto convenios y reciben por lo tanto derivaciones de organismos nacionales (Sedronar) como subnacionales y municipales. También son prestadores de obras sociales y prepagas.

5.12.2.6. Características principales de las organizaciones conveniadas de la muestra: enfoques del tratamiento

A continuación se realizara una breve reseña del tratamiento y el enfoque de intervención clínico que utiliza cada dispositivo. Asimismo, cabe destacar que la cura en las adicciones debe contemplar diversas prestaciones que apunten a la reinserción social, a la adquisición de hábitos saludables, a entrenar la capacidad de reflexión, para poder lograr autonomía y desarrollar una voluntad que fortalezca la decisión de la persona en recuperación.

Comunidades Terapéuticas: modalidad internación en adicciones

ASOCIACIÓN CIVIL PALOMAR

Cuadro 79: Organización: El Palomar. Dispositivo conveniado: internación.
Fundación del Proyecto: 1995. Procedimiento: CT en Banfield (prov. de Bs.As.)
Dispositivos (además del conveniado): ambulatorio, hospital de día y hogar para NNyA que finalizaron su proceso terapéutico (no cuentan con familia y necesitan un hogar convivencial)

Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
CT especializada en la restitución de derechos de pre, adolescentes y jóvenes. Población compleja: situación social y de vulnerabilidad, sumadas a problemáticas de consumo: "lo que menos les pasa es la droga".	Con objetivos y fases (se corresponde con proyecto). Fases vinculadas con objetivos específicos: desintoxicación, deshabitualización y rehabilitación.	Criterios establecidos: principalmente vinculados a la generación de articulación de las claves de un proyecto de vida que integre los objetivos del tratamiento. También se refieren al manejo de la tolerancia a la frustración, la psicoterapia externa y la implementación de aspectos reparatorios de aceptación de su pasado.
Se presentan como un lugar donde lo más importante es el amor, la contención y en estos lineamientos plantean el acompañamiento cotidiano con los chicos y jóvenes. Base de la propuesta: el bienestar de cada uno, pensar en su empoderamiento, en el juego, en su desarrollo, en instancias educativas al inicio.	Objetivo general: brindar estrategias terapéuticas integrales que contemplen un abordaje individual y un abordaje grupal a pacientes y sus familias.	Los abandonos suelen darse en el primer periodo del tratamiento: no se puede sostener la abstinencia y se está muy seducido por "el afuera". Si ocurre después: en general no se tolera lo que se está trabajando en terapia (se intenta que permanezca, a veces se logra, a veces no porque las historias de vida son muy terribles y resulta intolerable lo que se trabaja en la terapia).

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Es una institución especializada en la población de pre y adolescentes. Cuenta con distintos dispositivos: Ambulatorio, Hospital de Día, Hogares (para población infanto-juveniles con problema de drogas sin familia continente), Casa de Medio Camino (para los que egresan de internación) e Internación (modalidad conveniada con la DGPSA).

El dispositivo se encuentra enmarcado en los conceptos de la Medicina Centrada en la Persona (MCP). Desde esta noción se construye el enfoque de intervención clínico, con una variada oferta de actividades, que buscan contener a la persona en sus etapas de desintoxicación, deshabitualización y rehabilitación.

Tiene la particularidad de brindar clases de catecismo y un espacio denominado Espiritualidad. Es el único dispositivo que recibe población de niños de menos de 14 años. Pero en entrevista con la Directora comentó que actualmente no estaba aceptando niños por falta de estructura.

Asociación Científica de Investigación, Asistencia y Rehabilitación ACIAR **Comunidad Terapéutica El Reparo San Miguel**

Cuadro 80: Organización: Asociación Civil ACIAR El Reparo. Dispositivo conveniado: internación.
Fundación del Proyecto: Más de 30 años. Procedimiento: CT en San Miguel (provincia de Bs.As.)
Dispositivos (además del conveniado): comunidad de día (sedes de provincia de Bs. As.) y hostel (vivienda temporaria). Si tienen convenio para ambulatorio en CABA y su otra CT: Marcos Paz (provincia de Bs.As.)

Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
Programa asistencial dentro de la estructura del modelo de CT profesional, libre de drogas psicotrópicas y de puertas abiertas de acuerdo al Modelo DAYTOP. Misión: se vincula con ayudar a las personas y seres queridos para alcanzar una mejor calidad de vida, al mismo tiempo transformar su realidad, construyendo y colaborando a construir una sociedad basada en la justicia social y la igualdad de derechos y oportunidades.	El tratamiento incluye diferentes y completas actividades terapéuticas (individuales y grupales, para familiares, para distintos momentos de la semana) en función de los objetivos generales y específicos del programa.	Objetivos de alta vinculados con: alcanzar la abstinencia, mejoras en la vida laboral, contar con una vivienda lo más adecuada posible, mejorar las redes sociales de pertenencia y la dinámica de pareja o familiar, sostener hábitos saludables de recreación y uso del tiempo libre.
Programas para personas de ambos sexos, desde los 14 años, que no presenten trastornos alucinatorios o delirantes, ni retrasos mentales o madurativos de mediana o profunda gravedad, y que presenten un mínimo de aceptación de permanecer en un centro de rehabilitación.	Desarrollan distintos emprendimientos de educación, capacitación y producción; diseñados en función de la población asistida.	A los 3 meses de tratamiento la adherencia suele ser tal que existen altas posibilidades de que concluya bien y que no haya abandono. Uno de los condicionantes es la edad. El adolescente en situación de vulnerabilidad social, en situación de calle: presenta muy poco grado de institucionalización y adherencia. Al entrar a un sistema institucionalizado y organizado le resulta más difícil.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

La Asociación cuenta con una vivienda temporaria (modalidad no conveniada con la DGPSA) destinada para egresados de las comunidades terapéuticas y/o personas sin contención familiar especialmente que necesiten un hogar para tratamientos ambulatorios. Funciona a partir de un esfuerzo institucional y personal de sus alojados. Este tipo de modalidades es fundamental para las personas en vulnerabilidad social, en situación de calle, especialmente, para no extender las internaciones por no contar con un grupo familiar continente o por problemáticas sociales o de vivienda, tal como lo prevé la ley de Salud Mental de la CABA, y de la Nación en sus artículos 15°.

Durante las tareas de campo se tomó vista de la grilla de actividades diarias y se destaca la cantidad de grupos terapéuticos que ofrece esta comunidad, puntualmente hay dos que presentan relevancia terapéutica y que tienen en cuenta situaciones claves que pueden presentar un desafío para la persona que está en recuperación. Dichos grupos son: Grupo de pre fin de semana⁵⁴ (objetivo preventivo) y Grupo de reencuentro⁵⁵ (objetivo evaluación y reflexión). Cumplen una función de contención para esta población en particular.

⁵⁴ Se organiza los viernes con el objetivo de intercambiar opiniones acerca de las ansiedades relativas al fin de semana y a la organización de sus actividades

⁵⁵ Marca la finalización del fin de semana: a primera hora del lunes, para que se traten todos los aspectos relativos al fin de semana y al comienzo de la actividad semanal. Depende de en qué etapa del tratamiento se encuentra la persona,

Comunidades Terapéuticas: modalidad internación dual

FUNDACION CANDIL

Cuadro 80: Organización: Candil. Dispositivo conveniado: internación e internación dual.		
Fundación del Proyecto: 2001. Procedimiento: CT en La Lonja, Pilar (prov. de Bs.As.)		
Dispositivos (además del conveniado): hospital de día (CABA y Pilar). Ambulatorio: en la sede de CABA. En CABA se realizan las admisiones para la CT.		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
Misión: "Realizar tratamientos de rehabilitación para que personas con problemas de adicciones puedan vivir sin drogas". En fundamentación: los jóvenes deben trabajar por su propia rehabilitación.	En tres áreas: rehabilitación, reinserción social y laboral (en las últimas etapas), y prevención. Las franjas del tratamiento plantean etapas y tiempos para ir incorporar normas y sentirse más tranquilos, más seguros.	Tiempos de permanencia y motivos de egreso: dependen en gran medida de cómo llega el paciente a CT. Abandono: es mayor sin familia que acompañe, sin contención, si la situación de vulnerabilidad social es grave (en situación de calle). Cuesta mucho el compromiso, mucho más con los psicóticos.
Población: desde adolescentes a adultos. Reciben personas con causas judiciales, con HIV, con patologías duales. Trabajan con diversidad de género. Tienen población transexual en casa de mujeres.	Proceso terapéutico -"largo y complejo"- se estructura en fases, con objetivos y duración variable: se pretende facilitar la modificación de hábitos y actitudes, y la adquisición de estrategias adaptadas a una nueva forma de vida. Eje: la educación y las herramientas para controlar ansiedades e impulsos ("pensar antes de actuar").	En la etapa de alta se trabaja con los mecanismos de defensa ante el egreso. Aquellos pacientes que pasan la primera etapa del tratamiento suelen tener una buena adaptación. El proyecto presenta criterios de alta, los que se adaptan al tratamiento personalizado.
Pacientes con situaciones muy complejas de vulnerabilidad social. La mayoría llega sin un marco social: entornos sin normas. Incluso hay que armarlos como pacientes.	Los responsables plantean que el objetivo del tratamiento resulta compatible con los denominados programas "libre de drogas" con un proceso de "reducción del daños".	

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

El abordaje del tratamiento que brinda la Fundación Candil se proyecta sobre el paradigma de "reducción de daños" el cual busca reducir las consecuencias negativas del uso de drogas para el individuo, la comunidad y la sociedad, permitiendo que la persona

varia el posicionamiento respecto el fin de semana, entre residentes sin permiso de salida recreativa, con o sin acompañante; los que son visitados por algún familiar o amigo; con permiso limitado de salidas. Tienen salidas permitidas aquellos que están en la etapa de reinserción (al final del tratamiento)

mientras tanto pueda elegir continuar utilizando drogas⁵⁶. El enfoque clínico de intervención es netamente Conductista donde se premia las conductas positivas para la evolución del tratamiento y se castiga las conductas no deseables.

ANANKÉ Lanús

Cuadro 81: Organización: Asociación Civil Ananké. Dispositivo conveniado: internación e internación dual.		
Fundación del Proyecto: 1996. Procedimiento: CT en Lanús Este (provincia de Bs.As.)		
Dispositivos (además del conveniado): Ambulatorio a partir de las 18 horas en sede de Lanús. Sí tienen convenio para su otra CT: sede Lobos (provincia de Bs.As.)		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
Proyecto: responde a dar respuesta a problemáticas que enraizadas en lo social demandan estrategias clínicas y preventivas en permanente confrontación y superación	Incluye diferentes etapas en el marco de un programa de asistencia y de reinserción social.	Tiempos promedio de permanencia y motivos de egreso (por abandono o alta) difieren en función del tipo de población: los pacientes duales requieren mayor contención, mayor tiempo de tratamiento.
Varones y mujeres mayores de 18 años con problemas de drogas o alcohol, embarazadas, mujeres con trastornos duales (sede Lanús). Hasta septiembre de 2017 en sede Lanús: exclusiva para mujeres, edad de admisión era desde 16 años, han limitado el perfil no admiten madres con hijos e hijos vinculados. El último ingreso de NNyA fue el 26 de julio de 2017 (2 ingresos de 17 años). En 2016 hubo 12 ingresos, de 12 a 17 años y no ingresaron madres.	En la asistencia el progreso de cada participante implica su capacidad de asumir responsabilidades, ejecutar tareas, organizar e incluso supervisar el trabajo de otros. Propuesta: complementa labores de intendencia (limpieza, cocina, mantenimiento) con el tratamiento para establecer una unidad de acción terapéutica. En la reinserción se incluye un plan individualizado para manejar nuevas situaciones.	Los criterios relacionados con: desempeño general, consolidación de la estructura de personalidad, incorporación de valores, recomposición de vínculos, cumplimiento de etapas del tratamiento, afianzamiento en lo social y proyectos de crecimiento.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

El enfoque de intervención clínico es psicoanalítico, se trabaja mucho en fortalecer la voluntad individual, para que en lo colectivo colaboren entre sí y lograr una reinserción eficiente apuntalada en el ejercicio de la capacidad reflexiva del usuario de sustancias

Centros de atención ambulatoria en adicciones

⁵⁶ Riley Dianne, O'Hare Pat, Reducción de daños, historia, definición y práctica. En Drogas y Políticas Públicas. Silvia Inchaurreaga (comp.) Ed. Espacio, 2001.

FUNDACION CONVIVIR

Cuadro 82: Organización: Fundación Convivir. Dispositivo conveniado: ambulatorio		
Fundación del Proyecto: Más de 30 años. Procedimiento: centro ambulatorio (Almagro, CABA)		
Dispositivos (además del conveniado): la Fundación desarrolla distintos programas y proyectos en el marco de la DG de Fortalecimiento de la Sociedad Civil destinados a personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en situación de vulnerabilidad social. Entre otros: Programa Casa Santa Clara (centro de Integración para fortalecer, contener y orientar a mujeres jóvenes y adolescentes); y Proyecto Redes en la comunidad para la inclusión social (centro de escucha y equipo de intervención territorial en la Villa 31).		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
La propuesta no es ni abstencionista ni prohibicionista: la expectativa del tratamiento la pone el paciente. Se busca que el usuario adopte un rol activo en la dinámica del tratamiento (se trabaja con su contexto vital con un enfoque preventivo).	El proyecto vigente presenta objetivos generales y específicos, indicadores, resultados obtenidos e indicadores de resultados. Dispositivo flexible: diseño de acuerdo a la necesidad de cada paciente (se articulan las actividades en un tratamiento posible y sustentable).	El tiempo del tratamiento es individual: su duración no solo depende del estado del paciente en el momento de su admisión, sino también de su recorrido y posibilidades particulares, como de su entorno familiar en el desarrollo del mismo.
Amplio criterio de admisión hombres y mujeres, mayores y menores de 18 años, patologías duales, adultos mayores, embarazadas, mujeres con bebés, personas con o sin vínculos familiares, en situación de calle / vulnerabilidad social, con causas judiciales. Los pacientes duales suponen una patología de base psiquiátrica a la que se "monta" una adicción (ejemplo: psicosis agravada por una sustancia). Único criterio de no admisibilidad: personas con un claro perfil psicopático y/o antisocial.	Tratamiento: incluye espacios terapéuticos (individuales y grupales, para familiares, control psiquiátrico) y talleres con objetivos generales y específicos. Se trabaja en grupos separados alcoholistas y los de menos de 18 años / adolescentes. Los pacientes concurren de 3 a 5 días por semana: se trabaja a libre demanda (los pacientes son usuarios del dispositivo de acuerdo a su propia demanda).	Criterios abiertos: en función de las particularidades de cada persona. Por ello se plantea que no debería haber plazos rígidos preestablecidos. El reingreso se evalúa positivamente: la persona vuelve a tener voluntad de tratamiento y lo reinicia. El abuso de sustancias es una enfermedad no transmisible: no se otorgan altas terapéuticas definitivas. Sí egresos de tratamientos por diferentes motivos: el más habitual baja por abandono. También se hacen cierres de ciclos de tratamiento al cumplirse determinados objetivos y se deja de prestar el tratamiento. Pacientes de la DGPSA: si no asiste por 10 días hábiles ni se contacta le dan de baja por abandono.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

La propuesta de esta Fundación trabaja desde la perspectiva de género y derechos humanos. Es un Centro de Tratamiento Ambulatorio para personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, especializado en patología dual. El objetivo

principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida de las personas y no necesariamente alcanzar la abstinencia.

El enfoque de intervención clínico que utiliza el equipo de tratamiento es el psicoanálisis al que se le suma la articulación con el conocimiento científico aportado por las Neurociencias.

FUNDACION MANANTIALES

Cuadro 83: Organización: Fundación Manantiales. Dispositivo conveniado: ambulatorio		
Fundación del Proyecto: Más de 20 años. Procedimiento: centro ambulatorio (San Cristóbal, CABA)		
Se suscribieron dos convenios de internación (sede en CABA y provincia de Bs.As.): por decisión de la institución (dificultades para sostenerlo: viabilidad económica, requisitos terapéuticos / profesionales, infraestructura, reinserción, etc.) no se brinda más esa modalidad. Sede de CABA pasó a ser ambulatoria.		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
Se trabaja con un enfoque psicoeducativo, con una orientación sistémica y cognitiva conductual.	Se brinda la modalidad de tratamiento ambulatorio intensivo: implica mayor cantidad de actividades y carga horaria (grupos todos los días menos los jueves).	La baja / alta se evalúa en cada caso, en función del paciente y de criterios preestablecidos (10 individuales y 8 familiares). El tratamiento de recuperación (según el plan 2018) se establece en forma escalonada, con un programa de 24 a 36/48 meses de duración. También hay criterios para la etapa de alta terapéutica (luego del seguimiento).
Tratamientos destinados a pacientes desde los 14 años hasta adultos mayores inclusive (de éstos últimos la mayoría son derivados por alcoholismo). Aceptan pacientes duales: previa entrevista con el psiquiatra (tienen que estar compensados).	Tratamiento organizado en etapas (adaptación, integración, compromiso, autonomía, graduación y seguimiento). Incluye diferentes espacios terapéuticos (individuales y grupales, y familiares), control psiquiátrico, médicos y de seguimiento. Además se realizan talleres, actividades y screening de drogas. Los tratamientos confluyen en la etapa de reinserción social. Los pacientes que transitan esa fase, especialmente, forman parte del Programa de Prevención de Recaídas.	Lo ideal es llegar al alta, pero reducir el consumo también es un indicador de tratamiento exitoso. Tienen altas (prealtas a fin de año) y un seguimiento de un año para el alta definitiva. Hay muchos abandonos. Al paciente se le indica que ante tres ausentes seguidos a los espacios se le da la baja, pero se va evaluando el nivel de compromiso (se comunican al celular, mensaje por WhatsApp). Se avisa por mail a la DGPSA cuando ya no hay contacto con la persona y se da de baja.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

La Fundación Manantiales es una organización dedicada a la prevención y asistencia de las adicciones. Su propuesta incluye distintos tipos de tratamientos de acuerdo a las

necesidades de cada persona. El método que utilizan es un tratamiento superador del modelo Minnesota basado en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). Es una síntesis de estos aportes, más los desarrollos de Comunidades Terapéuticas profesionales, terapias cognitivas- conductuales, terapias grupales, psicodrama, terapia familiar sistémica, Programación neurolingüística, análisis transaccional, terapia gestáltica y aportes de las neurociencias y psiquiatría⁵⁷.

Centros ambulatorios barriales / comunitarios (proyectos comunitarios)

CENTRO BARRIAL SAN ANTONIO ALBERTO HURTADO

Cuadro 84: Organización: Parroquia Virgen de Caacupé. Dispositivo conveniado: ambulatorio (Centro Barrial San Alberto Hurtado)		
Fundación del Proyecto: desde 2008. Desde 1997 trabajo territorial de prevención y luego rehabilitación en la Parroquia (padre Pepe y otros sacerdotes). Procedimiento: centro barrial (Parque Patricios, CABA)		
El centro barrial San Alberto Hurtado se inscribe en el marco del Programa Hogar de Cristo de la Parroquia Virgen de los Milagros de Caacupé: cuentan con diferentes dispositivos y estrategias en distintos barrios de la CABA para abordar la problemática de la vulnerabilidad y exclusión social de sus habitantes. En el centro ambulatorio se brindan prestaciones alimentarias (desayuno, almuerzo y merienda): reciben mercadería del Programa Grupos Comunitarios, dependiente de la DG de Fortalecimiento Comunitario. Tienen convenio suscripto con SEDRONAR (son supervisados y reciben asistencia técnica también).		
Dispositivos (además del conveniado). Algunos de los espacios de la Organización de acompañamiento para NNyA, jóvenes y adultos en CABA para dar una respuesta integral a situaciones de vulnerabilidad y/o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas: Casa Masantonio ("hospitalito"): hogar para usuarios de drogas con enfermedades infecciosas con control de salud; Casa Libertad (para población ex carcelaria: de acompañamiento habitacional, de albergue, de inclusión, de capacitación; Casa Animí (no funcionaba en 2016): de recepción, albergue, capacitación e inclusión para mujeres trans que dejan su situación de calle o con alta médica y no tienen un contexto favorable para reinserirse y desarrollarse integralmente; Hogar Niños de Belén (para NyN en situación de calle): usuarios de pasta base; Centros barriales en Constitución y Piedrabuena.		
Otro dispositivo conveniado (modalidad de internación en General Rodríguez): destinado a mujeres, embarazadas y/o madres con hijos.		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso

⁵⁷ <http://www.manantiales.org/introduccion.php>

Modelo de intervención integral para abordar la prevención y el tratamiento de personas adictas a drogas de alta toxicidad. Los pilares de la propuesta de los centros barriales son: presencia, cercanía y vínculo.	El centro tiene el objetivo de generar en la persona una esperanza de vida digna nunca antes considerada. Cambiar la visión que el sujeto tiene de sus posibilidades, ampliándolas hasta que se reconozca capaz de alcanzar metas (vivienda, trabajo y educación dignos). La propuesta implica "poner recursos en el camino de la persona": generar estrategias de "enganche", de encuentro, para la rehabilitación, para que deje los consumos patológicos.	Se realizan admisiones a los tratamientos pero no egresos propiamente dichos. Las personas pueden dejar de concurrir diariamente si dejan de consumir patológicamente, pero siguen teniendo vínculos con la Organización y sus actividades (lúdicas, recreativas, emprendimientos).
La organización tiene un fuerte impacto territorial en: Villa 21 - 24, NHT Zabaleta y asentamientos cercanos. Recepción de la demanda: vía espontánea. El tratamiento terapéutico se inscribe en el marco de un trabajo social amplio con el usuario de drogas que asiste al centro: la estrategia se adapta y modifica en torno a cada persona que decide comenzar a transitar el tratamiento considerado más efectivo para su situación.	La metodología consta de siguientes instancias diarias: Comienzo del día: acogida cordial; Almuerzo; Grupo terapéutico (método conocido como "de los 12 pasos", readaptado a las necesidades de los concurrentes y a las particularidades del barrio; Talleres e instancias personales.	En el proyecto especifica que no hay altas médicas porque la inclusión es la recuperación. Plantea un acompañamiento constante: estar al lado de la persona, siempre.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

En el marco del trabajo social en el cual se inserta el tratamiento, en el centro barrial se desarrollan las siguientes actividades / gestiones de acompañamiento: Orientación y acompañamiento profesional: orientación y acompañamiento relacionado con la salud médica y/o social a cargo de psicólogos / psicólogos sociales en terapia individual y grupal; Gestión institucional para trámites que favorecen la inclusión social; Alimentación; Acompañamiento familiar; Acompañamiento en calle; Acompañamiento en penales; Acompañamiento en hospitales y centros de salud. También brindan, asesoramiento y patrocinio legal; economía asistida; ayuda para salir de la situación de calle; emprendimientos; talleres.

ASOCIACION CIVIL HAY OTRA ESPERANZA. CENTRO BARRIAL

Cuadro 85: Organización: Asociación Civil Hay otra esperanza. Dispositivo conveniado: ambulatorio (centro barrial)
Fundación del Proyecto: Desde 2001. La organización tiene años de trabajo territorial (Villa Soldati, Barrio Illia, Villa 1-11-14, zonas de influencia): su fundadora fue una de las referentes de Madres en Lucha contra el Paco. Procedimiento: centro barrial (Flores, CABA)

Dispositivos (además del conveniado): proyecto de prevención en adicciones "Otro futuro es posible" para niños y niñas. Este proyecto se inscribe en el marco de la DG de Fortalecimiento de la Sociedad Civil). Brindan prestaciones alimentarias (desayuno, almuerzo y merienda): reciben mercadería del Programa Grupos Comunitarios, dependiente también de la mencionada DG.		
Perfil poblacional / de la propuesta	Organización del tratamiento	Criterios de alta / egreso definidos. Consideraciones principales: altas y motivos de egreso
La franja etaria mayoritaria supera los 20 años, tanto varones como mujeres y embarazadas. La propuesta está organizada a partir del trabajo personalizado en un grupo reducido (de convivencia) de hasta unos 20 asistentes de manera simultánea.	Se trabaja de lunes a viernes de 9 a 16 horas: los pacientes concurren diariamente a una serie de actividades a partir de una estructura con el formato de hospital de día.	Los motivos de egresos principales son los abandonos. También se dan altas, en menor proporción. Y se dan casos de consumo social de alcohol y mejora en la calidad de vida con rehabilitación en el consumo de drogas
La inserción al centro de día está pensado como un ambiente facilitador de desarrollo, restitutivo de derechos durante el periodo de consumo agudo; brindando un tratamiento integral psicológico, psiquiátrico y socioeducativo, de fortalecimiento individual como del grupo familiar. buscando mediante diferentes labores la responsabilización y sociabilización con pares y figuras. El espacio terapéutico es considerado como un lugar de contención afectiva enmarcado en lo normativo; de autoridad, para la posterior inserción social.	El tratamiento incluye espacios terapéuticos individuales y grupales, y contención médica-psiquiátrica. Está organizado en etapas: admisión, deshabitación psicológica, inserción social y egreso.	Contrato terapéutico más flexible y menos rígido que los dispositivos "tradicionales" al definir la permanencia y el egreso: si la persona egresa no suele tener contención, revinculación familiar, suele estar en crítica situación social. Si deja el tratamiento, su "afuera" suele ser la situación de calle, no mejoró su calidad de vida o no se rehabilitó.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

El modelo terapéutico tiene por objetivo general la mejora de la calidad de vida y la rehabilitación. Uno de los criterios para determinar los progresos es que se deje atrás el consumo patológico e incluso acompañar la posibilidad del consumo social, sin el alta del tratamiento. La rehabilitación no implica el abstencionismo. Se plantea un contrato terapéutico flexible -acorde a las necesidades- para la permanencia y el egreso.

Del mismo modo que en el dispositivo anterior: la recepción de la demanda es por vía espontánea, sin instancias de derivación de organismos oficiales; tampoco tienen instancias de articulación con DGPSA para derivaciones en caso de internación y articulan con profesionales de Sedronar para seguimiento y derivaciones en caso de necesidad de internaciones a comunidades terapéuticas (puede tratarse de las mismas comunidades terapéuticas conveniadas con la DGPSA).

5.12.2.7. Proyecto institucional. Perfil poblacional.

La Disposición N° 07/DGPSA/10 establece que el proyecto institucional de las organizaciones debe contener los siguientes apartados: carátula, objetivos, metodología,

ejes, actividades, evaluación, estrategias de egreso, plantilla profesional. No determina ninguna especificidad respecto al perfil de la población destinataria de los tratamientos a fin de compararlo con el convenio en sí: el perfil de la población es uno de los temas a considerar entre los criterios diferenciadores de las instituciones al momento de evaluar a cuál de ellas derivar.

El convenio firmado con la organización conveniada establece distintas cláusulas -en relación al proyecto institucional presentado por la organización- y se adjunta copia del mismo durante su firma.

De las 8 organizaciones que forman parte de la muestra, en 7 se adjunta copia del proyecto al momento de la firma del convenio (87,50%), de acuerdo a la información remitida por la DGPSA. No se adjunta en la Asociación Civil El Palomar. La totalidad de las instituciones han brindado los proyectos vigentes durante los procedimientos de auditoría respectivos.

La importancia de los proyectos radica en que dicho documento, como indicó la DGPSA (en respuesta a la Nota AGCBA N° 2431) se considera:

- Al momento de la renovación de los convenios como criterio de selección para la suscripción o renovación de los mismos;
- Como factor para fijar el monto de las becas: las características del proyecto son tenidas en cuenta para fijar el monto de las becas, sostuvo la DGPSA al ser consultada sobre el criterio por el cual se han fijado los montos de las becas. Se consultó por ejemplo si se considera algún estándar / normativa establecida por un organismo nacional.
- Las modalidades de atención de cada una de las instituciones conveniadas se encuentra detallada en el proyecto, indicó también la DGPSA en respuesta a la nota mencionada, al ser consultada sobre las especificidades / particularidades de las modalidades de intervención y tratamiento de cada uno de los establecimientos propios y conveniados en 2016 (tanto de internación como ambulatorios) que forman parte de los criterios profesionales en el marco de la derivación por parte de ASA. No existe constancia del conocimiento del equipo a cargo de la Admisión, Evaluación y Derivación del contenido de los proyectos y de los cambios de estos durante la vigencia de los convenios. (Observación 11.2.)

Dadas estas particularidades se contemplaron los puntos principales vertidos en los proyectos durante los procedimientos de auditoría, llegando a las siguientes conclusiones:

- Respecto a los requisitos previstos en la Disposición N° 07/DGPSA/10, 5 cumplen con la totalidad de los aspectos mínimos establecidos (62,5%): Candil, El Palomar, El Reparó, Ananké y Hay Otra Esperanza. El resto (Convivir, Manantiales y Virgen de Caacupé) no incluyen la dotación del equipo profesional.

Más allá de los requisitos previstos:

- En los proyectos de los dispositivos de internación se brinda información completa en cuanto al desarrollo de la propuesta terapéutica. En la organización Ananké se ha modificado su propuesta en cuanto al perfil poblacional, restringiéndolo respecto al

proyecto anterior, y a su vez ha limitado aún más la admisión en la práctica en relación al nuevo proyecto: el proyecto no está vigente respecto a la prestación. Los cambios en los criterios de admisión implican limitaciones en la oferta de la DGPSA respecto a los perfiles poblacionales vigentes al momento de la firma de los convenios. De hecho Ananké era la única comunidad terapéutica específica para mujeres.

- Los dos dispositivos de modalidad ambulatoria han brindado información complementaria y ampliatoria correspondiente a sus respectivos proyectos y propuesta terapéutica. Dicha información no forma parte de la que contempla la DGPSA para sus evaluaciones y derivaciones al no haber sido instrumentado un circuito formal entre las organizaciones conveniadas y el equipo de Admisión, Derivación y Evaluación.
- Respecto a los centros barriales (proyectos comunitarios) se obtuvo copia del proyecto vigente de la propuesta integral para el centro barrial Hurtado (parroquia Virgen de Caacupé); el cual tampoco ha sido comunicado formalmente a la DGPSA. Este proyecto es específico para el centro barrial y más amplio en cuanto a su desarrollo respecto al anterior. El proyecto de Hay otra esperanza, en tanto, está desactualizado respecto a la población destinataria y respecto a los registros para las evoluciones de los tratamientos que se emplean en la práctica. Tampoco hay un circuito establecido entre la DGPSA y las organizaciones comunitarias para la comunicación respecto al cambio en las propuestas terapéuticas y alcances de los proyectos durante la vigencia de los convenios.

En el marco de la evaluación y derivación de las personas a las organizaciones -y de acuerdo a lo que informó la DGPSA al momento de definir los montos de las becas-, se contemplan las características de los proyectos institucionales de las organizaciones. La importancia del proyecto queda plasmada también en los convenios, que hacen referencia a diferentes obligaciones de la organización respecto al proyecto, entre otras su cumplimiento para el otorgamiento del subsidio.

Durante los procedimientos de auditoría efectuados, se relevó -entonces- la correspondencia entre los convenios, los proyectos, y las propuestas terapéuticas en relación al perfil de su población atendida; condición fundamental en la evaluación y derivación al dispositivo en cuestión como lo fija la normativa interna vigente de la DGPSA.

De los procedimientos efectuados surge que los convenios no se ajustan al perfil poblacional de los proyectos y/o de las propuestas terapéuticas brindadas efectivamente en los dispositivos de internación, ambulatorios y proyectos comunitarios de la muestra, dándose diferentes particularidades, en función de las modalidades de atención. (Observación 10.1.6.). A continuación se expone la síntesis del análisis efectuado:

Dispositivos de internación:

- El Palomar: el convenio establece que la organización ofrecerá vacantes para NNyA y madres con sus hijos/as de acuerdo a lo explicitado en el proyecto. El proyecto

vigente no incluye a las madres y embarazadas; la propuesta terapéutica tampoco (desde 2015) ni niños / niñas menores de 14 años (salvo excepciones).

- El Candil: los convenios fijan que el proyecto de la organización está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se otorgará por vacantes de NNYA. En el proyecto se detalla el perfil de población destinataria: NNYA, jóvenes y adultos. El proyecto vigente incorpora perfiles poblacionales de mayor espectro: temáticas de género, por ejemplo. La propuesta terapéutica plantea la edad de admisión a los 14 años.
- El Reparó: el convenio determina que el proyecto de la organización está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se efectivizará conforme la cantidad de NNYA que asistan al tratamiento de la modalidad Internación. El proyecto original ha quedado desactualizado respecto al proyecto vigente y respecto a la propuesta terapéutica: la edad de admisión ha pasado de 12 a 14 años.
- Ananké: los convenios establecen que el proyecto de la organización está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se otorgará conforme a la cantidad de NNYA que asistan al tratamiento de internación/ mujer embarazada y/o madre con hijos / hijos vinculados. El proyecto ha quedado desactualizado respecto al proyecto vigente y al convenio. La propuesta terapéutica desde septiembre de 2017 ya no es exclusiva para mujeres, y su admisión es desde los 18 y no desde los 16, y no se admiten madres con hijos ni hijos vinculados. Tampoco personas menores a las edades indicadas.

Dispositivos ambulatorios:

- Convivir: el convenio establece que el proyecto de la organización está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se efectivizará conforme la cantidad de NNYA que asistan al tratamiento Ambulatorio. El convenio no se ajusta al perfil poblacional completo del proyecto y de la propuesta terapéutica: adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, que además tiene en cuenta una perspectiva de derechos humanos y perspectiva de género, embarazadas y mujeres con sus hijos y bebés y con patologías duales.
- Manantiales: el convenio establece que el proyecto de la organización está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se efectivizará conforme la cantidad de NNYA que asistan al tratamiento ambulatorio. El convenio no se ajusta al perfil poblacional de la propuesta terapéutica (desde los 14 años y hasta adultos mayores). El proyecto no especifica el perfil poblacional.

Centros ambulatorios barriales / comunitarios:

- Hay otra esperanza: el convenio establece que el proyecto está destinado a adolescentes. Y que el subsidio se efectivizará conforme la capacidad funcional de 18 jóvenes conforme la cantidad de NNYA que asistan al tratamiento Ambulatorio. El convenio no se ajusta al perfil poblacional del proyecto y del modelo de intervención: atienden adultos, excepcionalmente reciben NNYA. El proyecto (destinado a jóvenes) también ha quedado desactualizado respecto a la población destinataria del tratamiento.

- Centro Hurtado: el convenio establece que el proyecto de la organización está destinado a la recuperación de personas adictas a las drogas, modalidad ambulatorio en centro barrial de atención. Y que el subsidio se otorgará conforme la capacidad funcional de 80 NNyA. El convenio no se ajusta al perfil poblacional completo del proyecto y del modelo de intervención que abarca desde niños a adultos mayores, cuya franja mayoritaria está destinada a la población adulta.

En términos generales se concluye que los convenios establecen que las organizaciones deben ofrecer vacantes para perfiles poblacionales que no se corresponden con los de sus propuestas terapéuticas y/o de sus proyectos. Los textos son uniformes en este campo: están destinados a niños, niñas y adolescentes: no se menciona en ellos a los adultos, siendo el 87,50% de la población destinataria de las propuestas terapéuticas de los dispositivos. El Palomar se focaliza en adolescentes y jóvenes desde los 14 años.

5.12.2.8. Gestión del recurso: admisión, evaluación y derivación

El capítulo I de la Disposición N° 07/DGPSA/10 "De las solicitudes de recursos" determina que la DGPSA -por medio del Equipo de Admisión, Evaluación y Derivación (ASA) recepciona las solicitudes de recursos para todos los habitantes de la Ciudad que soliciten atención por consumo problemático de sustancias psicoactivas. En ese marco se debe:

- Proceder a una evaluación situacional que contemple las particularidades del perfil del niño, niña o adolescente (obviamente también del adulto a ser derivado y que está siendo evaluado), así como su historia de vida, sus relaciones sociales y familiares; y sus posibles perspectivas de tratamiento priorizando las modalidades ambulatorias;
- Si esto no fuera viable se elegirá entre los diferentes programas de modalidad internativa (de internación).

La DGPSA no supervisa que estas consideraciones se tengan en cuenta para los proyectos comunitarios porque no son derivados ni evaluados desde el equipo de la DGPSA con lo cual no puede controlar el cumplimiento de los ejes primordiales, condiciones, tratamientos, prestaciones y características de los centros. Tampoco les brinda asistencia técnica. (Observación 18.1.1. y Observación 11.4.).

La gestión del recurso -como establece la norma- implica el contacto de los profesionales con las organizaciones (propias o conveniadas) solicitando la vacante para que el dispositivo evalúe la posibilidad del ingreso. La respuesta puede ser positiva o negativa. El ingreso será automático en caso de un efector propio, previa comunicación con los responsables, y del envío de los informes respectivos. La norma no prevé plazos máximos entre la evaluación en ASA y la evaluación en el dispositivo conveniado.

Durante el período auditado han existido negativas -vinculadas a la falta de vacantes o al hecho de que el perfil no resultara el adecuado para la institución-: estas situaciones no han quedado documentadas en el marco de la gestión de vacantes y no han quedado fundamentadas por escrito de las razones de la denegatoria, así lo informaron los responsables de la gestión de admisión y sus superiores. (Observación 11.1)

Sobre este circuito, del procedimiento de auditoría llevado a cabo en los dispositivos ambulatorios y de internación de la muestra, se concluye que:

- En 3/8 (37,5%) el ingreso se efectúa de acuerdo al circuito telefónico previsto: El Reparo, El Palomar y Ananké.
- En 3/8 (37,5%): se prevén evaluaciones institucionales previas al ingreso (entrevistas de admisión en días y horarios con amplia disponibilidad, articulados con ASA). Se trata de: El Candil, Convivir y Manantiales.
- En 2/8 (25%) no se prevén instancias de gestión desde organismos públicos, ni tampoco hay instancias de comunicación / seguimiento posterior a los ingresos. Se trata de los centros comunitarios ambulatorios San Alberto Hurtado y Hay Otra Esperanza. Para los centros comunitarios barriales no se han institucionalizado instancias de articulación para derivaciones en caso de internación (sí se generan con Sedronar, con cuyos profesionales el circuito es directo y personal). Las organizaciones de internación que se han recomendado son incluso las mismas que han suscripto convenio con el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat y forman parte de la oferta de asistencia de la DGPSA.

Respecto a los mecanismos de supervisión del proceso de gestión del recurso por parte de la coordinación: no se han instrumentado registros y control de supervisión de manera formal, lo cual implica debilidades del ambiente de control interno. (Observación 11.3.)

5.12.2.9. Recursos humanos. Dotación y legajos

Durante los procedimientos de auditoría se relevó una muestra de legajos del personal de las organizaciones conveniadas a partir de los requisitos que establece la Disposición N° 07/DGPSA/10. A esa documentación se sumó el relevamiento de la constancia de copia de DNI, de examen preocupacional y evaluación psicológica.

5.12.2.9.1. Análisis de legajos de personal en dispositivos de la muestra

A continuación se expone la síntesis del análisis de los legajos relevados:

Cuadro 86: Análisis de legajos de personal Establecimientos con habilitación sanitaria

	Dirección y equipo profesional (cantidad total)	Muestra de legajos relevados (requeridos según función)	Análisis de legajos
El Palomar	38	15	El 100% tiene CV. En 14 (93,3%) consta la experiencia en la temática (adicciones, psicología, psiquiatría, trabajo social, nutrición, talleres, etc.). En 6 (40%) consta la copia del título / estudios, en 9 (60%) no. No consta copia de ninguna otra documentación, salvo 5 copias de DNI (33,3%). Cantidad de profesionales de la salud relevados: 7

El Reparo	25	6	El 100% tiene CV. En 1 consta título (16,7%), en 5 no (83,3%). En 6 (100%) consta experiencia en la temática. No consta copia de ninguna otra documentación. Cantidad de profesionales de la salud relevados: 5
Candil	27	7	En 4 consta la copia del título (57,1%), en 3 (42,9%) no. En 5 (71,4%) consta experiencia en temática; en 2 (28,6%) no consta. No consta copia de ninguna otra documentación: salvo 3 copias de matrículas (42,3%), de un total de 7 profesionales, y 2 de DNI (28,6%). Cantidad de profesionales de la salud relevados: 6
Ananké	15	8	En 7 (87,5%) consta CV, en 1 (12,5%) no. En 7 (87,5%) consta título y experiencia en la temática; en 1 (12,5%) no. No consta copia de ninguna otra documentación, salvo en 2 consta la matrícula profesional (66,7%), de un total de 3 profesionales, en los 2 directores la certificación del Registro Nacional de Prestadores Profesionales de la Superintendencia de Servicios de Salud (40 %) sobre un total de 5 profesionales de la Salud y en 3 (37,5%) la copia del DNI.
Manantiales	21	8	En el 100% consta copia del CV. En 5 (62,5%) consta la copia de los títulos, en 3 (37,5%) no. En el 100% consta acreditación de estudios y/o experiencia en la temática. El dispositivo firma un acuerdo de confidencialidad con su personal: consta en 3: 37,5%. En el legajo del director médico consta certificado de Antecedentes Penales (12,5%) y el del Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires. En 3 (50%) está la copia de la constancia del Registro Nacional de Prestadores de profesionales de la salud (Ministerio de Salud de la Nación): sobre un total de 6 legajos de profesionales de la salud relevados. En 3 (50%) consta la copia de la matrícula profesional.
Convivir	12	6	En el 100% consta copia del CV. En 3 (50%) consta la copia de los títulos, en 3 no (50%). En el 100% consta acreditación de estudios y/o experiencia en la temática. No consta copia de ninguna otra documentación: salvo en 2 legajos (33,3%) en los que consta la copia del Registro Único de Profesionales de la Salud (Ministerio de Salud de la Nación), sobre un total de 6 legajos de profesionales de la salud relevados.
Total	138	50	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Del análisis de los legajos de los establecimientos encuadrados en el sistema de salud (comunidades terapéuticas de internación y centros ambulatorios); con habilitación por autoridades sanitarias, el análisis surge que (Observación 13.2.):

•Constan 7 certificaciones (20%) de Registros de profesionales de la Superintendencia / Ministerio de Salud, de un total de 35 profesionales de la salud cuyos legajos fueron

relevados. Se trata de parte de los legajos de las organizaciones Ananké, Manantiales y Convivir. Ninguno de los legajos del resto de los dispositivos contiene esta documentación.

- La matrícula profesional consta en 9 de los legajos relevados (25,7%), correspondientes a parte de los legajos de Candil, Ananké y Manantiales.
- El DNI consta en 10 de los 50 legajos relevados (20%). Se trata de parte de los legajos de las siguientes organizaciones: El Palomar, Candil y Ananké.

En el siguiente cuadro se analizan los 2 legajos analizados de centros ambulatorios barriales / comunitarios (Observación 13.3.):

Cuadro 86: Análisis de legajos de personal Centros ambulatorios barriales

	Dirección y equipo profesional (cantidad total)	Legajos relevados (disponibles en la organización)	Análisis de legajos
Hay Otra Esperanza	11 (3 son voluntarios)	2	En el 100% consta copia del CV. En 1 consta copia del título (50%). En el 100% consta acreditación de estudios experiencia en la temática. El Certificado del Registro de Deudores Alimentarios consta en el legajo del psicólogo a/c de la terapia grupal; lo mismo que el Certificado de Antecedentes Penales. En ese legajo también consta copia de la libreta sanitaria, el DNI y certificado ANSES.
Parroquia Virgen de Caacupé (centro barrial San Alberto Hurtado)	12 (4 son voluntarios)	0	No se relevaron legajos: sin documentación en el centro barrial
Total	23	2	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Del análisis de los legajos relevados en los centros ambulatorios comunitarios surge que:

- Se han relevado 2 legajos sobre un universo posible de 23 (8,7%), con lo cual los datos que se concluyen no representan el grado de gestión y el cumplimiento normativo.
- Uno de los dos legajos disponibles contaba con documentación cuya existencia adolece más del 90% de los 52 legajos relevados: certificado de Deudores Alimentarios y de Antecedentes Penales, así como la libreta sanitaria.

Del análisis de los 52 legajos analizados surge lo siguiente (Observación 13.1.):

- Ninguno de los dispositivos (100%) confecciona legajos foliados ni completos de acuerdo a la totalidad de los requisitos previstos en la normativa.
- 50 legajos de los 52 relevados, lo que representa el 96,2% de la totalidad de los legajos relevados, está incompleto respecto a los requisitos previstos en la normativa en cuanto a: certificado del Registro de Deudores Alimentarios, certificado del Registro Nacional de Reincidentes. Se trata de la totalidad de los legajos de: El Palomar, El

Reparo, Candil, Ananké, Convivir los cuales no cuentan con constancias de la mencionada documentación.

- Los 2 legajos que cuentan con parte de esa documentación corresponden a las organizaciones Manantiales y Hay Otra Esperanza.
- En el 100% de los legajos relevados no consta documentación referida examen preocupacional y evaluación psicológica.

En términos generales, durante el relevamiento se constató la falta de constancia de documentación en los legajos analizados, su necesidad de foliatura a fin de garantizar la integridad de la información, así como de incorporar otros requisitos a los existentes en la Disposición N° 07/DGPSA/10 a partir del encuadre de la población bajo tratamiento. (Observación 13.1.)

5.12.2.9.2. Dotación de equipos profesionales en organizaciones de la muestra

En lo que respecta a la conformación de los equipos interdisciplinarios, las normas de Salud Mental establecen que la atención debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, con la inclusión en el mismo de distintas áreas / especialidades. De forma general, las leyes determinan que por lo menos el equipo debe estar integrado por una constitución básica de: psicólogo, médico psiquiatra y trabajador social.

Las resoluciones del entonces Ministerio de Salud determinan una nómina de personal requerida para los establecimientos, los que se definen según su tipología y modalidad de funcionamiento. En las normativas del ex Ministerio se especifican las modalidades de atención y las características de la planta física y equipamiento; condiciones que podrían ser incorporadas y tenidas en cuenta por la DGPSA al momento de sus supervisiones, especialmente en las modalidades propias y con convenio ambulatorias.

La dotación de los equipos de la muestra -que debe estar consignada en los proyectos institucionales presentados en la suscripción de los convenios y que también forma parte de los aspectos a supervisar por la DGPSA- se sintetiza en el siguiente cuadro, en función del relevamiento efectuado durante los procedimientos:

Cuadro 87: El Palomar - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

El Palomar			Modalidad: internación			
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 38			Derivados por la DGPSA: 4			
Equipo técnico profesional: conformación durante procedimiento	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Trabajador Social	Personas en tratamiento / Psiquiatras	Personas en tratamiento / OST

Conducción: Dirección, Dirección técnica y Dirección médica. Equipo de prevención y Equipo de asistencia. Consultores externos (abogado, contador, sacerdotes, odontólogos, infectólogo, ginecóloga).						
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): trabajadora social; talleristas; psicodramatista; psicóloga especializada en familia; psicóloga especializada en neurociencias; psicóloga especializada en abuso sexual; médico psiquiatra; médicos pediatras (2); psicólogos (3); operadores socio terapéuticos (13); cocinera; asesor espiritual (sacerdote)	SI	SI	6	38	38	3

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 88: El Candil - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

El Candil			Modalidad: internación e internación dual			
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 32			Derivados por la DGPSA: 0			
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Trabajador Social	Personas en tratamiento / Psiquiatras	Personas en tratamiento / OST
Conducción: Dirección General, Director Ejecutivo, Director Médico Internación, Director de Asistencia y Capacitación, Director Administrativo y de Personal, Coordinación Operativa Sede Pilar.						
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): médico clínico; médico psiquiatra; asistencia psicológica (6 profesionales); trabajadora social; operadores socio-terapéuticos (6); profesor de educación física y 3 profesionales a cargo de talleres terapéuticos; una persona para guardia nocturna (junto con los psicólogos), nutricionista, cocinera, y una persona de mantenimiento.	SI	SI	5	32	32	5

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 89: Ananké - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

Ananké (Lanús)			Modalidad: internación e internación dual			
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 12			Derivados por la DGPSA: 7			
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Trabajador Social	Personas en tratamiento / Psiquiatras	Personas en tratamiento / OST
Conducción: Directora (psicóloga) y Director médico.	SI	SI	4	12	12	2
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): Médica psiquiatra, Psicólogos (2), Trabajadora social, Profesores, Trabajo terapéutico corporal (psicóloga), OTS (5).						

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 90: El Reparó - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

El Reparó (San Miguel)			Modalidad: internación			
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 36			Derivados por la DGPSA: 4			
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Trabajador Social	Personas en tratamiento / Psiquiatras	Personas en tratamiento / OST
Conducción: Directora técnica, Director médico, Directores asistentes (2)	SI	SI	7	18	36	6
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): Médica clínica (directora médica), Psicólogos (4), Supervisor de casos clínicos (psicólogo: es uno de los directores asistentes), Psiquiatra, Trabajadores sociales (2), Nutricionista, OST (6), Talleristas, Auditora interna, Administración (2), Docente						

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 91: Convivir - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

Convivir			Modalidad: ambulatorio	
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 112			Derivados por la DGPSA: 49	
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Psiquiatras
Conducción: director médico y director operativo	Falta trabajador social	NO	14	56
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): médicos psiquiatras (2), psicólogos (8), personal administrativo.				

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 92: Manantiales - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

Manantiales			Modalidad: ambulatorio	
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 104			Derivados por la DGPSA: 32	
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos	Personas en tratamiento / Psiquiatras
Conducción: Director general y director asistencial (es la misma persona), Director médico, Coordinación Terapéutica y Recursos Humanos, Dirección administrativa: 4 personas	Falta trabajador social	NO	10	52
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): Equipo terapéutico (10 psicólogos), 1 OST, Psiquiatras (2), y Relaciones institucionales				

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

En los establecimientos ambulatorios comunitarios / barriales la dotación relevada ha sido:

Cuadro 93: Hay otra esperanza - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

Hay Otra Esperanza		Modalidad: ambulatorio (centro barrial)	
Cantidad total de personas en tratamiento durante procedimiento: 14 (grupo convivencia y grupo reinserción)		Sin derivación de la DGPSA	
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos
Conducción: Director operativo (titular de la organización)	Falta trabajador social	SI	7

Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): Coordinación general (psicóloga), OST, Maestro del centro educativo, Talleristas, Psicólogo (y autoría / asesoría técnica del proyecto), Voluntarios.		
El psicólogo a cargo de la terapia grupal y uno de los talleristas está contratado por Sedronar. Respecto a las necesidad de personal, los responsables refieren la de contar un trabajador social -o bien articular con algún profesional de la DGPSA o del Ministerio en general- a fin de poder mejorar las intervenciones según las problemáticas de vulnerabilidad de la población atendida.		
Articulan con psiquiatra de parroquia cercana para consultas y atención.		

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

Cuadro 94: Virgen de Caacupé - Dotación de los equipos y Personas en tratamiento

Virgen de Caacupé (centro barrial Hurtado)			
Cantidad de usuarios durante procedimiento: de 80 a 100 diarios (aproximadamente) más 10 a 20 familiares			Sin derivación de la DGPSA
Equipo técnico profesional: conformación	Conformación mínima equipo interdisciplinario leyes de Salud Mental (psiquiatra + psicólogo + trabajador social)	Dotación del dispositivo en proyecto	Personas en tratamiento / psicólogos
Conducción: Coordinador			
Equipo interdisciplinario (profesional y de apoyo): Psicólogos (2); Psicóloga social; Una maestra jubilada (voluntaria); Una persona a cargo de la ropería (voluntaria); Encargados de la cocina: 2 (voluntarios / usuarios); Una persona encargada de acompañar a los asistentes; Una persona a cargo de la organización y la carpintería; Sereno; Terapeuta ocupacional; Una enfermera a cargo de la recepción de mercadería y la organización de la comida.	NO (sin trabajador social)	NO	40
Uno de los psicólogos es contratado por Sedronar. Ya no cuentan con una estudiante de trabajo social, que anteriormente se encargaba de articular con distintas áreas del Ministerio para la gestión de recursos y para ayudar a elaborar a cada persona su "plan de vida".			
Articulan con médicos de centros de salud cercanos y de dispositivos de la Organización			

Elaboración propia en base a información remitida por el ente auditado y en procedimiento de auditoría

De los cuadros anteriores surge, principalmente, en comparación con la dotación mínima de equipos profesionales prevista en leyes de Salud Mental y planteles de Lic. en Trabajo Social en Convivir, Manantiales y en Hay Otra esperanza y Virgen de Caacupé. Respecto a las prestaciones brindadas (internación) se constató la falta de Lic. en Nutrición en Ananké y El Palomar. (Observación 13.1.)

5.12.2.10. Informes de supervisión e informes a la DGPSA

5.12.2.10.1. Supervisiones de la DGPSA a organizaciones de asistencia

Entre las acciones a cargo de la Gerencia Operativa de Asistencia Social figura la de “Manejar y elaborar formas y sistemas de supervisión de las instancias de tratamiento previstas para las personas atendidas”. En concordancia, los convenios y la Disposición N° 07/DGPSA/10 prevén instancias de supervisión de la DGPSA a los establecimientos conveniados.

En respuesta a la Nota AGCBA N° 2430/18 la DGPSA informó que fueron supervisadas 20 organizaciones conveniadas en sus distintos establecimientos. El listado no concuerda con los informes de supervisión proporcionados en la sede de la DGPSA respecto a dos organizaciones: Identidad Programa Minesotta (posteriormente el ente auditado aclaró que no tenían convenio durante 2016) y Fundación Niños de la Argentina.

En función de los informes de supervisión proporcionados por la DGPSA fueron supervisados durante 2016 un total de 18 dispositivos correspondientes a 14 organizaciones, de acuerdo al siguiente detalle:

- 5 ambulatorios (en CABA): El Reparo, El Almendro, Convivir, DEHUM y Manantiales.
- 9 de internación (en adicciones exclusivamente): El Reparo (sedes: San Miguel y Marcos Paz), Ananké (Lobos), Asociación Palomar, Raíces, Manantiales, San Mateo, Despertares y Por Decir.
- 4 de internación dual (adicciones y psiquiatría): Ananké (Lanús), Araucaria, Candil y Creer es Crear.

De ese modo, de los informes de supervisión proporcionados por la DGPSA surge que se han supervisado los dispositivos de 14 organizaciones sobre un total de 23 organizaciones conveniadas con prestaciones en tratamientos en adicciones en 2016⁵⁸. No se han supervisado las organizaciones conveniadas denominadas “proyectos comunitarios” por la DGPSA (8 organizaciones) y la comunidad terapéutica Fundación Niños de la Argentina (las personas en tratamiento en ese establecimiento tampoco han sido incluidas en la base estadística de beneficiarios proporcionada). (Observación 18.1.1.)

En respuesta a la Nota AGCBA N° 2430/18 la DGPSA incluyó a los dispositivos propios en la nómina de dispositivos supervisados. No identificó a ningún proyecto comunitario: se incluyó a la Fundación Niños de la Argentina, que en primera instancia el equipo de auditoría consideraba bajo esa modalidad, de acuerdo a las características del convenio y lo conversado con los responsables de la DGPSA. Como se indicó en el apartado correspondiente a “Limitaciones al alcance” respecto a esta organización se había previsto su inclusión en la muestra de dispositivos a visitar, pero fue reemplazada por otra. Algunas aclaraciones al respecto:

⁵⁸ En estas 23 organizaciones no están contempladas las dos organizaciones conveniadas que realizan talleres en dispositivos propios.

• Durante la planificación del cronograma de visitas desde la DGPSA se informó telefónicamente (el 20/11/2018) que el 30/09/2018 se había rescindido el convenio con la organización. Por dicho motivo fue reemplazada de la muestra a la vez que se solicitó documentación respaldatoria.

• En respuesta a la Nota AGCBA N° 2431/18 (recibida el 16/11/2018) e información complementaria por mail (31/01/2019), la DGPSA brindó información sobre el supuesto hecho de abuso sexual del cual tomó conocimiento el equipo de auditoría a partir del informe de monitoreo del CDNNyA.

Se brindó documentación correspondiente en la cual se dejan asentadas irregularidades respecto al cumplimiento por parte de la organización conveniada del circuito establecido por la Disposición DI-2012-39-DGPSA que contempla los pasos a seguir en este tipo de circunstancias (Observación 16.2.):

- El hecho fue comunicado al personal de la organización conveniada por la joven internada el 01/07/2018 (supuestamente ocurrió el 30/06/2018) y la DGPSA tomó conocimiento por parte de la institución el 03/07/2018 en horas de la tarde.

- La DGPSA solicitó a la organización que se le realicen a la joven los estudios y prevenciones médicas de rigor y la denuncia policial, lo cual se realizó el 04/07/2018.

- La DGPSA informó que: se solicitó la separación en forma inmediata del operador involucrado y se provea a la joven acompañamiento y contención. La DGPSA indicó que dichas acciones fueron efectivamente realizadas por la institución inmediatamente después de tener conocimiento del hecho.

- La DGPSA comunicó al CDNNyA en forma oficial y se solicitó a la organización que en caso de que se produzca otra situación análoga actúe en forma inmediata y competentemente.

• Respecto a las medidas adoptadas por la DGPSA no adjuntó acto administrativo de rescisión de convenio: se informó en la documentación remitida por mail el 31/01/2019 que resolvió suspender los ingresos desde el momento que tomó conocimiento del caso. (Observación 16.1.). La suspensión de ingresos es una de las penalidades previstas en la Disposición N° 07/DGPSA/10, que establece la aplicación de las siguientes sanciones: llamado de atención, apercibimiento, suspensión de la derivación de asistidos, derivación de los niños y niñas a otras instituciones y rescisión del convenio.

En lo relacionado a los informes de supervisión, no existe constancia de la supervisión a esta Fundación, ni a los dispositivos propios (Observación 18.1.3.). Respectos a estos últimos, en respuesta a la Nota N° 2431/18 la DGPSA no remitió las copias de los informes de supervisión a los establecimientos bajo su dependencia, indicando que “son monitoreados y supervisados directamente por la Gerencia Operativa de Asistencia Social”.

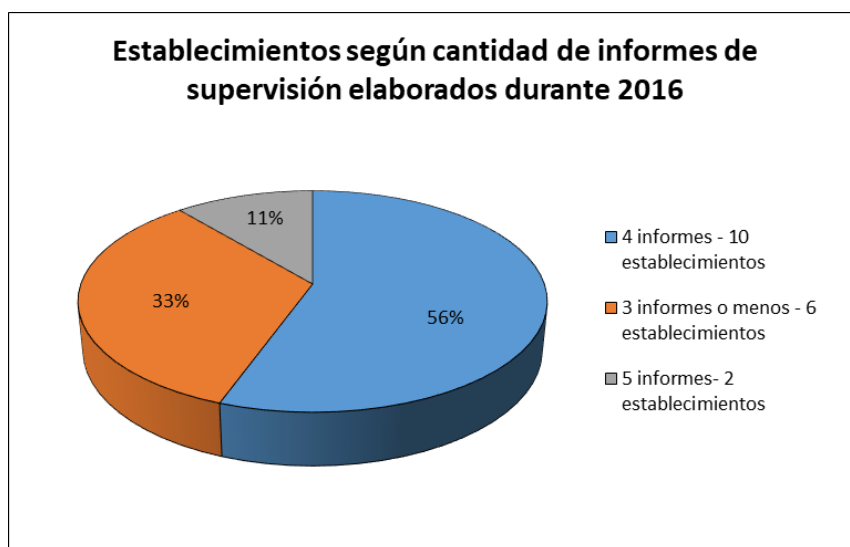
En respuesta a la Nota N° 2430/2018 AGCBA -respecto a la supervisión de los proyectos comunitarios- la DGPSA indicó que “las instituciones comunitarias reciben el monto que se utiliza para fortalecer y facilitar la ejecución del proyecto que presentan en el marco del convenio celebrado con el Ministerio de Desarrollo Humano”.

Total de supervisiones durante 2016

El Anexo III de la Disposición N° 07/DGPSA/10, denominado “Protocolo de Supervisión Institucional” establece las características de las supervisiones. Determina, entre otros aspectos la constancia de la supervisión en el libro diario de la institución y el envío de una copia fiel del informe al prestador. También establece la obligación de realizar un mínimo de 4 informes de supervisión por año y los 8 puntos básicos de cada informe.

A continuación el análisis realizado por el equipo de auditoría sobre los informes de supervisión efectuados durante 2016 por la DGPSA en los 18 dispositivos supervisados:

Gráfico 24:



Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Del análisis efectuado de las supervisiones del período 2016 surge que:

En el 67% de los establecimientos la DGPSA cumple con la periodicidad mínima prevista en la normativa: 4 supervisiones por año. (Observación 18.1.2.). En un 11% de ellos la supera: 5 informes efectuados en dos establecimientos.

Del total de los 66 informes, en 56 informes (85%) consta la identificación de los supervisores, mientras que el restante 15% (10 informes) no constan registros con respecto a, por lo menos, uno de los supervisores intervinientes. (Observación 18.1.4.)

En uno los informes de una de las organizaciones consta la firma del superior inmediato al equipo de supervisión (5,55% de los dispositivos; 1,51% de los informes totales). En el resto no consta, lo cual evidencia debilidades de control interno. (Observación 18.1.5.)

5.12.2.10.2. Supervisiones en organizaciones de la muestra

Durante los procedimientos se relevó la correspondiente notificación respecto al contenido de los informes y su asiento en los libros de supervisión / inspección (Observación 18.2.1.):

- De los 6 dispositivos supervisados, en 5 no existe constancia de notificación de los informes del año (83,3%). Un establecimiento fue notificado de los informes de supervisión, pero no recibió la totalidad de los informes: le fue notificado el contenido de 3 de los 5 informes del año 2016 (El Reparó). De esta manera no se han efectuado mejoras

sustantivas respecto al informe de auditoría anterior (9.15.02): se había observado -a partir de los procedimientos efectuados- que no recibían copia de los mismos.

De los registros en los libros de inspección / supervisión los prestadores, surge que:

- El 90% de las visitas de los supervisores del año 2016 está registrado (no se registraron 2 de la comunidad terapéutica Ananké). (Observación 18.2.2.)

Del relevamiento in situ surge que:

- Los centros comunitarios ambulatorios (“proyectos comunitarios”): son supervisados, monitoreados, elevan informes y reciben asistencia técnica y profesional de parte de organismos nacionales con los que han suscripto convenios.
- La totalidad de los dispositivos de la muestra con habilitación sanitaria son supervisados, auditados y monitoreados por organismos públicos de otras jurisdicciones con las que han suscripto convenios y obras sociales / prepagas.

5.12.2.10.3. Análisis de los informes de supervisión a establecimientos de la muestra

La gerente indicó que las supervisiones se realizaron en 2016 de acuerdo a lo previsto en la Disposición N° 07/DGPSA/10, con dos supervisores de profesión psicólogos. Es de destacar que, desde la gerencia en entrevista con el equipo, se reconoce la importancia de reforzar el equipo, para poder ampliar las supervisiones, por ejemplo, con especialistas en arquitectura. En 2017 se sumó una Lic. en Trabajo Social.

De las supervisiones realizadas en el año 2016 en los dispositivos conveniados objeto de la muestra surgen los datos que se exponen a continuación:

Cuadro 95: Año 2016 Cantidad de informes de supervisión por establecimiento de la muestra		
Organización de la muestra	Modalidad	Informes de supervisión DGPSA
Fundación Convivir	Ambulatorio	3
Fundación Manantiales	Ambulatorio	3
Asociación Civil El Palomar	Internación	4
ACIAR - El Reparo San Miguel	Internación	5
Asoc Civil Ananké Lanús	Internación Dual	4
Fundación El Candil	Internación Dual	1
Totales		20

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Respecto a la periodicidad de las visitas:

- En el 100% de los informes (20) consta la fecha de la visita de supervisión.
- En el 50% de los establecimientos de la muestra (3 casos) se cumple con la periodicidad mínima de cuatro informes de supervisión por año.

Respecto a al registro de los profesionales intervinientes:

- El 100% ha sido firmado por los dos psicólogos que realizan la supervisión.
- En el 100% (20 informes) no existe constancia de supervisión / control por parte de superior inmediato, lo cual implica una debilidad de control interno.

Ninguno está foliado. (Observación 18.2.3.)

Respecto a los 8 puntos básicos que deben contener los informes, de acuerdo a la normativa, se consigna la síntesis del análisis en las supervisiones de la muestra (Observación 18.2.4.):

Cuadro 96: 8 puntos básicos que deben contener los informes

Tema/Punto Básico	Cumplimiento
Puntos básicos del informe (del 1 al 8)	
1) Nombre, año, N° de visita, fecha, hora, lugar, personas presentes visita y las entrevistas	Sí menos nro. de visita año en curso en todos los informes. En Manantiales en 2 de los 3 informes, no se pudieron realizar entrevistas
2) Aspectos gales de la dinámica institucional, modificaciones de planta de personal, perfil residentes, situaciones relevantes que involucren a las personas en tratamiento	Sí. No es uniforme el criterio respecto a las situaciones relevantes reseñadas (no se relevan todas en todos los informes: vivenciales, edilicias, higiénicas, alimentarias, sanitarias, grupales y terapéuticas). En Ananké Lanús en 3er informe no se consignan las entrevistas a residentes.
3) Revisión de legajos	Se analiza de manera específica
4) Detalle de situaciones particulares de NN@A y adultos atendidos	Sí, en entrevistas grupales a los presentes.
5) ¿Se describen los compromisos asumidos?	No se describen, si en Manantiales en 2do informe
6) ¿Se han consignado señalamientos de situaciones irregulares o perjudiciales, con plazos probables de su resolución? ¿Se verificó que las dificultades señaladas en informe anterior fueran subsanadas? Si se trata de una nueva visita (persiste el problema) se han asentado las razones por las cuales no se ha podido solucionar y se han fijado nuevas acciones superadoras y/o nuevos plazos de realización?	
Convivir	El 2do informe señala que hay faltantes de alarmas de humo. En el 3er informe se vuelve a reiterar el señalamiento.
Manantiales	Están todos los elementos de seguridad en los 3 informes y muy buenas condiciones de orden mantenimiento y limpieza. Se solicita en 2do informe que citen a los residentes en un horario coordinado con la DG a fin de poder consumir las entrevistas. En el 3er informe se señala que las entrevistas pudieron concretarse.
El Candil	Señalamientos sobre legajos no foliados, pero sin plazos. Señalan mal estado de limpieza en el cuarto de hombres. En los baños se encontraron faltantes de duchas, falta de privacidad por puertas dañadas. Habitaciones con roturas menores y mal estado de conservación de colchas, cuartos de hombres sucios. Sin plazos para su potencial solución. (Solo 1 informe)

Ananké Lanús	Se remarca la necesidad de que al ingreso de las residentes tenga apto físico ya que al vivir en la CT es un ambiente de propagación de varias enfermedades. Se enfatiza que los turnos de las distintas especialidades médicas no se pierdan y que se gestionen con urgencia los que faltan. Se remarca que no es conveniente que este solo una persona a cargo de la CT, teniendo en cuenta que si se descompensa un residente la estructura para abordar la situación es muy limitada. (1er informe) en el 2do informe se menciona avance en gestión de turnos médicos. No hay referencias en los informes restantes de las recomendaciones realizadas por la DG
El Reparó San Miguel	Señalamientos sin plazos (colocación alarmas de humo / regularizar medidas de seguridad, baño de hombres clausurado, 2 matafuegos con faltante de carga). . En la 2do informe se reiteran los mismos temas, sin plazos ni acciones. En la 3ra. se verifica existencia elementos de seguridad. Se informa de un matafuego fuera de lugar. En 4 visita se reitera la observación. En la 5ta visita se subsanan todos los temas.
El Palomar	Matafuegos dentro de cuartos de varones. Se solicita recarga inmediata de matafuegos (1ra. visita) y colocación alarmas de humo (2da), pero sin plazos. Desde 2da.: no hay referencia a señalamientos consigna Aun falta colocación alarmas de humo en 3er visita. y falta de elementos limpieza personal. En 4ta. se solicita dos alarmas de humo.
7) Conclusión	La conclusión está plasmada en el informe de El Candil. En CT Palomar no tiene conclusión (un informe). En Ananké dos informes llevan conclusión. En El Reparó en 3 informes no se encontró la conclusión. En Manantiales se encontró conclusión en un informe. En Convivir en ninguno de los 3 informes se consignó la conclusión o síntesis.
8) Actas	En 2016 no se labraron actas de incumplimiento.

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Respecto a la referencia de la revisión de las historias clínicas⁵⁹ de las personas en tratamiento (punto 3 de los puntos básicos del informe de supervisión), los profesionales deben revisarlas durante las visitas. Se hace referencia en la normativa que estos registros deberán ser exhaustivos, estar actualizados y disponibles en el establecimiento. En el siguiente cuadro se sintetiza la información consignada por los supervisores en los informes del año de cada organización en las referencias sobre legajos / historias clínicas:

Cuadro 97: Revisión de historias clínicas / legajos en supervisiones de la muestra

Informes de supervisión: referencia sobre los legajos / historias clínicas en 2016	
Fundación Convivir	
50 % sin referencia	50 % completos y ordenados
Fundación Manantiales	
75% incompletos	25% completos y ordenados.
CT El Candil (Pilar)	
100% no está foliado correctamente	
CT El Reparó (San Miguel)	
Con faltantes a mejorar (60%) y con falta de foliatura (20%)	20% completos y ordenados
El Palomar	
100% completos y ordenados	

⁵⁹ En la normativa se los denomina "legajos" y en los informes de supervisión se hace referencia a esta revisión denominándolos "legajos" o "historias clínicas" de manera indistinta.

Ananké Lanús	
50% Sin foliar	50% completos foliados y evolucionados

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Considerando los 20 informes de supervisión de 2016, del análisis respecto a la revisión de las historias clínicas se concluye que (Observación 18.2.5.):

Cuadro 98: Revisión de historias clínicas / legajos en informes de supervisión de 2016

De los 20 informes de supervisión de 2016:	
Conclusiones y cantidades de informes	%
2 no tienen referencia a la revisión de los legajos (no hay constancia de la revisión establecida en la normativa)	10
8 han sido supervisados positivamente	40
5 han sido supervisados positivamente con alguna indicación a mejorar	25
5 han sido supervisados negativamente	25

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Entrevistas a personas en tratamiento:

La Disposición N° 07/DGPSA/10 establece que los supervisores deben entrevistar a las personas en tratamiento e incluir una síntesis en sus respectivos informes.

Del análisis efectuado en los informes de supervisión llevados a cabo en 2016 en los establecimientos de la muestra, surge que las entrevistas se han realizado por grupos. En ellas se desarrollan distintos temas inherentes a la atención, los que se hacen referencia en el informe (se menciona los apellidos de cada uno). El equipo de auditoría procedió a verificar la cantidad de entrevistados en función de los becados al momento de la visita, a partir de los informes de supervisión del año 2016. Del análisis surge lo siguiente:

- Asociación Civil Ananké (Lanús) de 22 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) -de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fueron entrevistadas 11 (50%).
- Fundación Manantiales: de 30 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) - de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fue entrevistada 1 persona (3,3%).
- Fundación Convivir: de 88 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) - de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fueron entrevistadas 2 (2,3%). No se realizan entrevistas porque debido al tipo de modalidad al momento de la supervisión no se encontraban en la institución.
- El Candil: de 2 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) - de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fueron entrevistadas 2 (100%).

- El Palomar: de 11 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) - de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fueron entrevistadas 8 (72,7%).
- El Reparo (San Miguel): de 19 personas en tratamiento (pueden no ser personas distintas) - de acuerdo con los registros al momento de los informes de supervisión- fueron entrevistadas 7 (36, 8%). En los informes correspondientes a las 12 personas restantes se ha consignado que se realizaron entrevistas “con los becados presentes al momento”, sin aclarar qué cantidad estaba presente (63,2%).

Como conclusión general, surge que, durante el año 2016, del total de las organizaciones de la muestra:

- De un total de 172 personas en tratamiento durante las supervisiones (no necesariamente distintas) fueron entrevistadas 31 (18%), no fueron entrevistadas 119 (69,2%) y falta determinar el 12,8% restante en los registros (corresponde a 22 personas). Dadas las frecuencias de las supervisiones y los tiempos de permanencia de los tratamientos, un porcentaje considerable de personas no son entrevistadas por los supervisores ni hay constancia de que sus legajos / historias clínicas sean revisadas durante el tiempo de permanencia. En los establecimientos ambulatorios sería aconsejable acordar con las personas en tratamiento su presencia o fijar un horario de supervisión en función de las actividades para aumentar la cantidad de entrevistados. (Observación 18.2.6.)

En función de los aspectos supervisados, se concluye la necesidad de aumentar en todos los dispositivos las supervisiones específicamente sobre las prestaciones brindadas en la población (registro del diseño de tratamiento y de las estrategias seleccionadas, articulaciones y derivaciones a otros programas, interconsultas).

En los casos de los proyectos comunitarios sería importante la supervisión, así como el fortalecimiento de la asistencia técnica, la articulación para recursos, gestiones y derivaciones de las personas en tratamiento, y el seguimiento respecto a la documentación y condiciones respecto a la infraestructura.

5.12.2.11. Días de permanencia / supervisión de personas en tratamiento

De la información suministrada por el ente auditado (base de beneficiarios 2016) el equipo de auditoría procedió a calcular la cantidad de días en tratamiento de las personas registradas en los establecimientos que integran la muestra.

Vale aclarar que el cálculo se realizó desde el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016 (una parte de dicha población puede continuar recibiendo los tratamientos respectivos).

Una vez efectuados los cálculos, se procedió a estratificar por los siguientes períodos de tiempos de permanencia en tratamiento:

- Hasta 1 día inclusive.
- De 2 a 30 días.
- Desde 31 días a 90 días (según la Disposición N° 07/DGPSA/10 las supervisiones donde se revisan las historias clínicas / legajos de las personas en tratamiento y se

las entrevistas se deben hacer como mínimo 4 veces al año, es decir con un promedio de 91 días), sin definir plazos mínimos ni máximos entre una supervisión y otra.

- Desde 91 a 180 días.
- Desde 181 a 365 (un año).
- Más de 1 hasta 2 años.

Cuadro 99: Tiempo de Permanencia: Asociación Civil El Palomar		
Personas en tratamiento (internación) por tiempo de permanencia en 2016		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	1	4,4
De 2 a 30	9	39,1
De 31 a 90	5	21,7
De 91 a 180	3	13,0
De 181 a 365	5	21,7
Más de 365	0	
Desde 366 hasta 730 (2 años)	0	
Total	23	100,00

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 97: mínimo de 1 y máximo de 335 días.

Cuadro 100: Tiempo de Permanencia: CT El Reparo (San Miguel)		
Personas en tratamiento (internación) por tiempo de permanencia en 2016		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	1	2,0
De 2 a 30	25	51,0
De 31 a 90	9	18,4
De 91 a 180	11	22,5
De 181 a 365	3	6,1
Desde 366 hasta 730 (2 años)	0	0
Total	49	100,00

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 59: mínimo de 1 y máximo de 296 días.

Cuadro 101: Tiempo de Permanencia: CT El Candil		
Personas en tratamiento (internación) por tiempo de permanencia en 2014		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	0	0,0
De 2 a 30	3	33,3
De 31 a 90	2	22,2

De 91 a 180	3	33,3
De 181 a 365	1	11,1
Desde 366 hasta 730 (2 años)	0	0
Total	9	100,0

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 83: mínimo de 11 y máximo de 257 días.

Cuadro 102: Tiempo de Permanencia: Asoc. Civil Ananké (Lanús)		
Personas en tratamiento (internación) por tiempo de permanencia en 2016		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	1	2,7
De 2 a 30	23	62,2
De 31 a 90	7	18,9
De 91 a 180	2	5,4
De 181 a 365	3	8,1
Desde 366 hasta 730 (2 años)	1	2,7
Total	37	100,0

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 57: mínimo de 1 y máximo de 366 días.

Cuadro 103: Tiempo de Permanencia: Fundación Convivir		
Personas en tratamiento (ambulatorio) por tiempo de permanencia en 2016		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	3	3,7
De 2 a 30	8	9,8
De 31 a 90	36	43,9
De 91 a 180	12	14,6
De 181 a 365	8	9,8
Desde 366 hasta 730 (2 años)	15	18,3
Total	82	100,0

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 140: mínimo de 1 y máximo de 668 días.

Cuadro 104: Tiempo de Permanencia: Fundación Manantiales		
Personas en tratamiento (ambulatorio) por tiempo de permanencia en 2016		
Cantidad de días	Personas	%
De 0 a 1	0	0,0
De 2 a 30	6	11,3
De 31 a 90	25	47,2
De 91 a 180	10	18,9

De 181 a 365	9	17,0
Desde 366 hasta 730 (2 años)	3	5,6
Total	53	100,0

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

- El promedio de días de permanencia es de 96: mínimo de 13 y máximo de 366 días.

Al agrupar la información resultante en el total de los establecimientos de la muestra, se han obtenido los siguientes datos, por cantidad de días de permanencia:

Cuadro 105: Días de permanencia en todas las comunidades terapéuticas de la muestra en 2016		
Cantidad de días	Personas	Porcentaje
De 0 a 1	6	2,4
De 2 a 30	74	29,3
De 31 a 90	84	33,2
De 91 a 180	41	16,2
De 181 a 365	29	11,5
Desde 366 hasta 730 (2 años)	19	7,5
Total	253	100

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Cuadro 106: Fechas de supervisiones y días de permanencia en tratamiento											
Nro. de visita	Fundación Convivir		Fundación Manantiales		Asoc Civil El Palomar		El Reparo (San Miguel)		Ananké Lanús		Fundación El candil)
	Fecha	Diferencia en días	Fecha	Diferencia en días	Fecha	Diferencia en días	Fecha	Diferencia en días	Fecha	Diferencia en días	Fecha
1	26/5/2016	113	15/2/2016	95	18/1/2016	57	29/2/2016	64	5/1/2016	74	22/2/2016
2	15/9/2016	71	19/5/2016	117	14/3/2016	57	2/5/2016	71	18/3/2016	123	
3	24/11/2016		12/9/2016		9/5/2016	71	11/7/2016	50	18/7/2016	106	
4					18/7/2016		29/8/2016	57	31/10/2016		
5							24/10/2016				
Menor cantidad de días entre visitas 2016	71		95		57		50		74		
Mayor cantidad de días entre visitas 2016	113		117		71		71		123		

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

De los cuadros anteriores surge que:

- El mayor porcentaje de días de permanencia se ha dado hasta los 90 días inclusive: las personas terminan o abandonan el tratamiento de uno a tres meses (33,20%).
- Luego con el 29,25% las personas que han estado de dos días hasta el mes.
- El 64,82% de las personas en tratamiento de los establecimientos de la muestra han permanecido de 0 a 90 días.
- Las personas que han dejado el tratamiento o han sido dadas de alta entre las fechas de las supervisiones (que han tenido una periodicidad de hasta 113 días en Convivir, 117 en Manantiales, 71 en Palomar, 71 en El Reparo y 123 en Ananké) no han sido entrevistadas ni sus historias clínicas revisadas en dichas organizaciones.

De la base de beneficiarios brindada por la DGPSA se identificó a las personas en tratamiento en los establecimientos de la muestra (con sus respectivos días de permanencia) y se cruzó dicha información con la frecuencia de las supervisiones de los informes de supervisión correspondientes.

Cuadro 107: Personas en tratamiento en establecimientos supervisados de la muestra

Total	Supervisados	%	No Supervisados	%	Total	%
El Palomar	6	26,1	17	73,9	23	100%
El Reparo	23	46,9	26	53,1	49	100%
Ananké	12	32,4	25	67,6	37	100%

Convivir	54	65,9	28	34,1	82	100%
Manantiales	31	58,5	22	41,5	53	100%
El Candil	0	0	9	100	9	100%
Total	126	49,8	127	50,2	253	100%

Elaboración propia en base a información suministrada por el ente auditado

Se constató en el análisis efectuado que del total de personas en establecimientos de la muestra, se realizó la supervisión durante el tratamiento del 49,8% del total. Del análisis efectuado se evidencia que la periodicidad y cantidad mínima de las supervisiones no se ajusta a los tiempos reales de permanencia en el tratamiento. (Observación 18.3.)

5.12.2.12. Presentación de informes a la DGPSA

En los diferentes modelos de convenios suscriptos entre el Ministerio y las organizaciones está prevista la presentación de informes por parte de éstas últimas en el marco del modelo de cogestión. La frecuencia y tipo de informe ha cambiado, según el marco normativo vigente.

Mediante la Nota AGCBA N° 2431/18 se solicitó a la DGPSA la copia de los informes de impacto de las organizaciones en cumplimiento de los convenios y se solicitó la aclaración respecto a su periodicidad “al finalizar el proyecto”, en tanto los proyectos de las organizaciones especializadas en estas temáticas no tienen prevista una “finalización”. Además, se requirieron otros informes presentados a la DGPSA, según establecen los convenios. Como respuesta, la DGPSA indicó que se consideran “los informes evolutivos de los pacientes que han hecho tratamiento en cada institución”. Vale recordar que las leyes de Salud Mental prevén este tipo de informes mensuales, para el caso de las internaciones, particularmente, lo cual constituye una fortaleza de la DGPSA exigir estos informes mensualmente a las organizaciones conveniadas, aunque no está definido en el convenio.

Durante la entrevista con el equipo de auditoría se consultó a los responsables sobre las características de los informes evolutivos. Dichos informes no cuentan con un diseño / formato estandarizado ni con criterios formalizados por la DGPSA. Desde la Dirección General se procura contar con la siguiente información: datos de las personas, área clínica, psiquiátrica, psicoterapéutica, vincular y operativa. (Observación 17.1.1.). Esta información está establecida en la Disposición N° 07/DGPSA/10 en los requisitos que deben cumplir las instituciones en sus legajos / historias clínicas.

Con un diseño estandarizado y ampliado en función de los criterios de las normas de Salud Mental la DGPSA podría contar con información adecuada, pertinente e integrada, para poder efectuar la labor de supervisión y control de las evoluciones de los tratamientos a cargo de las organizaciones conveniadas y de los efectores propios. El contar con información integrada bajo un mismo formato -posible de digitalizar- proporciona, además, la posibilidad de reunir los datos del conjunto de dispositivos para ser objeto de estadísticas posteriores e integrar así la información de la gestión propia y co-gestión brindada mediante los distintos dispositivos, pudiendo realizar evaluaciones y medición de la gestión: por modalidad, por período de tiempo, por tiempos de permanencia, por

indicadores de gestión, etc. Además se podría incorporar el circuito de presentación formal de dichos informes: ante qué sede y área de la DGPSA y en qué plazo del mes para que éstos sean oportunamente analizados por la coordinación tanto de ASA como por la Gerente Operativa y/o Director General.

5.12.2.12.1. Informes presentados por las organizaciones de la muestra

De los procedimientos efectuados surge el siguiente análisis respecto a los informes presentados por las organizaciones conveniadas de la muestra:

Comunidades terapéuticas y centros ambulatorios (con habilitación sanitaria):

- El 100% de los establecimientos visitados (4 de internación y 2 ambulatorios) remiten informes evolutivos al sector administrativo en el marco del circuito de liquidación mensual a la DGPSA.
- Respecto a los formatos de dichos informes:
- Dos de las organizaciones (Convivir y El Candil) presentan un diseño mejorado, a partir de criterios propios.
- Ananké los elabora según criterios de Sedronar (similares a los previstos por la DGPSA).
- Los otros tres siguen el formato de los criterios brindados por la DGPSA.

Asimismo, se han relevado las siguientes situaciones respecto a los informes para acreditar tratamientos:

- Todas las instituciones de internación remiten informes a las obras sociales, organismos provinciales, organismos nacionales, prepagas respecto a sus afiliados o con las que se ha firmado convenio.
- En el caso de los ambulatorios también presentan diferentes particularidades en sus relaciones como prestadores: obras sociales que no piden informes de acreditación de tratamientos; otras piden la firma de una grilla mensual con asistencia no menor de tres días y máximo de cinco semanales, y la firma de una planilla mensual para control de concurrencia. Algunas obras sociales y organismos públicos liquidan por módulo.

Centros ambulatorios barriales / comunitarios:

- De los dos centros barriales visitados ("proyectos comunitarios"), uno (Hay Otra Esperanza) tiene contemplado en su proyecto la realización de "informes de evolución mensual". El proyecto no coincide con la práctica, puesto que estos informes no se elaboran, ni han sido solicitados por la DGPSA.
- El centro barrial San Alberto Hurtado (de la Organización Virgen de Caacupé) remite informes en el marco de su convenio con Sedronar: los mismos tienen formato estandarizado y frecuencia regularizada.
- Ninguna de las dos Organizaciones ha remitido ningún informe a la DGPSA en el marco del convenio suscripto. La DGPSA no le ha solicitado el envío de informes. (Observación 17.1.4.)

5.12.2.12.2. Constancia de informes evolutivos en legajos / historias clínicas en ASA

Como se expuso previamente, los informes evolutivos son los informes sistemáticos que remiten las organizaciones conveniadas a la DGPSA como resultado de su prestación (mensualmente, menos los proyectos comunitarios). Del relevamiento efectuado surge que todas las organizaciones de internación y ambulatorias lo envían al sector administrativo de ASA junto con la liquidación para el pago. No existe constancia de su elaboración por parte de dispositivos propios, salvo el porcentaje relevado en la muestra de Casa Puerto. (Observación 17.1.3.):

Una copia de los mismos informes evolutivos debe adjuntarse en los respectivos legajos / historias clínicas que confecciona el sector, como surge del circuito relevado. Su inclusión -y su consecuente análisis por parte del equipo profesional a cargo de la admisión, evaluación y derivación a los dispositivos- constituye un factor fundamental al momento de efectuar potenciales evaluaciones a las distintas organizaciones en tanto en estas documentaciones consta información sustantiva sobre los tratamientos y sus evoluciones. Por estos motivos es que el equipo de auditoría llevó a cabo un procedimiento en la sede de ASA, el 21 de enero de 2019, a fin de constatar la existencia de informes evolutivos en los respectivos legajos / historias clínicas, en una muestra de personas en tratamiento. A tal efecto se requirió la siguiente cantidad de legajos / historias clínicas:

Cuadro 108: Legajos / historias clínicas solicitadas

Organización	Cantidad de Legajos / historias clínicas solicitadas
Manantiales (ambulatorio)	4
Convivir (ambulatorio)	4
El Candil (internación dual)	4
El Palomar (internación adicciones)	3
Reparo San Miguel (internación adicciones)	3
Ananké Lanús (internación dual)	3
Total Legajos	21

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

- De los 21 legajos solicitados, fueron puestos a disposición del equipo de auditoría 15 legajos, lo que representa el 71%. (Observación 17.2.).
- En 10 (66,66%) de los 15 legajos proporcionados se encontraron informes de evolución. En el caso de El Palomar, las tres historias clínicas analizadas no contenían informes evolutivos. Tampoco dos de El Reparo. (Observación 17.2.).

Los Informes evolutivos tienen una frecuencia mensual, y como surge del análisis realizado, la cantidad para cada caso en cada uno de los 10 legajos fue la siguiente:

Cuadro 109: Informes evolutivos

Organización	Legajos (historias clínicas) suministradas		Informes de Evolución			
	Fecha ingreso	Fecha egreso	Cantidad que debe tener	Cantidad en Legajo	Constancia de recepción en ASA	Constancia de supervisión superior
Manantiales	22/01/2016	02/06/2016	6	6	No	No
	10/03/2016	18/04/2016	2	1	No	No
	10/11/2016	en tratamiento	26	11	No	No
Convivir	27/01/2015	en tratamiento	48	36	No	No
	04/06/2012	en tratamiento	79	66	No	No
	22/11/2016	28/02/2017	4	2	No	No
El Candil	12/11/2014	11/01/2016	15	14	No	No
	15/12/2014	14/01/2016	13	8	No	No
Reparo	04/01/2016	10/05/2016	5	5	No	No
Ananké	26/11/2015	10/02/2016	3	1	No	No

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Del análisis efectuado surge que:

- En el 20% de los casos hay correspondencia entre la cantidad de informes que debiera haber y los que efectivamente se encontraron en la historia clínica. (Observación 17.2.).
- En el 100% de los informes evolutivos analizados (correspondientes a 10 historias clínicas) no existe constancia de recepción del equipo técnico de Admisión, Evaluación y Derivación, como así tampoco de supervisión por parte de superior jerárquico. (Observación 17.1.2.).

5.12.2.13. Historias clínicas de personas en tratamiento en organizaciones conveniadas de la muestra

Como corresponde a tratamientos en el marco de un proceso terapéutico, las actuaciones de los profesionales y auxiliares en cada una de las instituciones (independientemente de su modalidad de atención) deben registrarse en historias clínicas que respeten los requisitos de unicidad e inviolabilidad.

En tal sentido se han establecido obligaciones en las normas generales de Salud y de Salud Mental, así como en leyes específicas respecto a las historias clínicas propiamente dichas. La Disposición N° 07/DGPSA/10 también determina el contenido de los “legajos individuales” y los supervisa en el marco de las supervisiones institucionales.

5.12.2.13.1. Síntesis de análisis de historias clínicas

En los siguientes cuadros se sintetiza el análisis de la muestra de historias clínicas de 6 de las organizaciones de la muestra que fueron visitadas por el equipo auditor correspondientes a establecimientos con habilitación sanitaria (Observación 14.2.):

Cuadro 110: Historias Clínicas de organizaciones conveniadas de la muestra												
Historias Clínicas de organizaciones conveniadas de la muestra	Ananké Lanús (15 HC)		Fundación Candil (6 HC)		Reparo (San Miguel) (6 HC)		El Palomar (9 HC)		Convivir (11 HC)		Manantiales (7 HC)	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Caratula/ficha personal	100	0	100	0	100	0	100	0	91	9	100	0
Consent. informado	100	0	100	0	87,5	12,5	88,9	11,1	60	40	85,7	14,3
Documentación personal	13,3	86,7	100	0	31,3	68,7	100	0	0	100	0	100
Foliatura	7	93	0	100	0	100	11,1	88,9	0	100	0	100
Identificación de profesionales intervinientes	7	93	83,3	16,7	50	50	88,9	11,1	90	10	57,1	42,9
Nota de derivación	60	40	83,3	16,7	43,7	56,3	77,7	22,3	0	100	0	100
Estrategias de egreso	6,70	93,3	0	100	100	0	11,1	88,9	18,2	81,8	0	100
Certificados Médicos	60	40	100	0	43,7	56,3	77,7	22,3	0	100	0	100
Plan de medicación	78,5	21,5	83,3	16,7	33,3	66,7	12,5	87,5	20	80	57,1	42,9

Organización	Legajos (historias clínicas) suministradas		Informes de Evolución			
	Fecha ingreso	Fecha egreso	Cantidad que debe tener	Cantidad en Legajo	Constancia de recepción en ASA	Constancia de supervisión superior
Manantiales	22/1/2016	2/6/2016	6	6	No	No
	10/3/2016	18/4/2016	2	1	No	No
	10/11/2016	en tratamiento	26	11	No	No
Convivir	27/1/2015	en tratamiento	48	36	No	No
	4/6/2012	en tratamiento	79	66	No	No

	22/11/2016		28/2/2017			4		2		No		No	
Plan de escolarización	20	80	16,7	83,3	0	100	11,1	88,9	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica	
Antecedentes familiares	60	40	66,6	33,4	68,7	31,3	88,8	11,2	10	90	57,1	42,9	
Informes evolutivos	60	40	100	0	43,7	56,3	100	0	90	10	0	100	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Cuadro 111: Registro de Intervenciones por organizaciones conveniadas

Registro de intervenciones (según Disposición 7)	Ananké Lanús (15 HC)		Fundación Candil (6 HC)		Reparo (San Miguel) (6 HC)		El Palomar (9 HC)		Convivir (11 HC)		Manantiales (7 HC)	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Salud física	78	22	100	0	43,7	56,3	88,8	11,2	0	100	57,1	42,9
Área operativa	34	66	100	0	37,5	62,5	77,7	22,3	40	60	0	100
Psiquiatría	80	20	100	0	31,3	68,7	66,6	33,4	80	20	85,7	14,3
Talleres	73,6	26,4	100	0	37,5	62,5	22,2	77,8	0	100	14,3	85,7
Terapia Individual	73,6	26,4	80	20	56,3	43,7	100	0	80	20	0	100
Terapia grupal	6,7	93,3	50	50	43,7	56,3	22,2	77,8	80	20	85,7	14,3
Trabajo con familiares	20	80	0	100	50	50	88,8	11,2	10	90	75	25
Vinculaciones	78	22	0	100	18,7	81,3	34,4	65,6	0	100	42,9	57,1

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Centro ambulatorio barrial: Hay Otra Esperanza (Observación 14.3.):

Durante el procedimiento a la organización se tomó una muestra de 5 historias clínicas a partir de la información registrada en el libro de altas y bajas de las personas que asistieron a tratamiento durante 2016.

Se arribaron a las siguientes conclusiones:

- Ninguna de historias clínicas tiene foliatura.
- Ninguna contiene información separada en campos, con apartados para las diferentes áreas de tratamiento e identificación de los profesionales intervinientes.
- En 3 de las historias clínicas constan informes iniciales con todos los datos básicos de las personas (nombre completo, edad, fecha de ingreso y motivo del ingreso).
- En el 60% de las historias clínicas (3 historias) no se registraron las evoluciones e intervenciones de los tratamientos. En el 40% restante (2 documentos) se registraron breves descripciones relacionadas con algunas instancias de la terapia individual.
- Motivo de egreso: en el 60% de los casos (3 casos) el motivo ha sido abandono del tratamiento. En el 40% restante (2) no consta el motivo.

De los aspectos centrales relevados en las historias clínicas se destaca lo siguiente:

- Los asientos principales que presentan cumplimiento del 100% han sido el de la carátula o ficha personal en Ananké, en El Candil, en El Palomar; mientras el consentimiento informado consta en todas las historias clínicas de Ananké y El Candil. El resto presenta faltantes de documentación, en distintos porcentajes.

5.12.2.13.2. Consideraciones generales relevadas en las historias clínicas de la muestra

Del procedimiento efectuado en los establecimientos de la muestra, surgen las siguientes consideraciones generales respecto a las historias clínicas y registros de los pacientes en tratamiento (Observación 14.1.):

- El 87,50% de los establecimientos (7 de 8) cuentan con historias clínicas para registrar las evoluciones de los tratamientos. El centro San Alberto Hurtado no confecciona historias clínicas.
- Los criterios para el formato de las historias clínicas son diferentes, según el organismo derivante (DGPSA y Sedronar) en dos casos: El Palomar y Convivir. En estos casos se les presenta la dificultad de no saber qué indicación seguir.
- En el caso de Ananké el formato y el registro de las evoluciones fue diseñado a partir de criterios e indicaciones de la DGPSA.
- Se deriva del procedimiento que no existe un diseño unificado de las historias clínicas que contemple los requisitos mínimos de la normativa interna (Disposición N° 07/DGPSA/10) ni de las leyes de Salud Mental.
- En la Fundación Manantiales se accedió a la constancia de extravío de historias clínicas que integraban la muestra requerida de historias clínicas: denuncia ante la Dirección Provincial del Registro las Personas del Ministerio de Gobierno de la provincia de Buenos Aires, con fecha 30 de abril de 2018. Por esta circunstancia no fue posible relevar la totalidad de las historias clínicas correspondientes al período auditado. La organización indicó que han tomado los recaudos pertinentes para evitar consecuencias de este tipo si hubiera una nueva mudanza o traslado de material e instalaciones institucionales. (Observación 14.2.)

5.13. Análisis de la planta física en dispositivos de la muestra

A continuación, se pasa a describir la síntesis del análisis efectuado respecto a la planta física y las condiciones de higiene y seguridad de las propiedades visitadas en los procedimientos de la muestra (para mayores datos, ver Anexo IV):

5.13. 1. Dispositivos dependientes de la DGPSA

Como consideraciones generales, se han verificado las condiciones que forman parte de las siguientes observaciones: (Observación 19.1.1, Observación 19.1.2, Observación

19.1.3 y Observación 19.1.4).⁶⁰ A continuación se exponen los resultados específicos del análisis en cada dispositivo.

Casa Puerto

El efector funciona en una construcción de única planta en material y tinglado. En su recorrida se ha verificado que la estructura se mantiene en buen estado, salvo en un sector de baños donde se observa una rajadura vertical de la pared divisoria interna. Las condiciones verificadas fueron las siguientes (Observación 19.2):

En cuanto a los ciellorrasos hay faltante de placas o se encuentran en mal estado, las canaletas y techos se encuentran cubiertas por ramas y hojas lo que puede producir anegamientos y desbordes con sus consiguientes filtraciones de agua; en tanto los artefactos de iluminación no cuentan con protección anticaidas.

En los baños se encontraron artefactos faltantes, ausencia de griferías y la falta de roseta en duchas; además elementos como barandas para discapacitados en mal estado o rotos. Del relevamiento efectuado surgen solicitudes de reparaciones de septiembre de 2016, aún sin resolver, respecto a:

- Reparación baño continuo a la dirección, rotura y pérdida de agua en pared de la dirección y en el propio baño que utilizan las y los jóvenes alojados.
- Finalización de trabajo en los techos (cielo raso)
- Del trabajo finalizado en techos (cambio de placas de Durlock) resta colocación de faltantes en distintas partes de la casa.

En las habitaciones no está garantizado el funcionamiento de los sensores de incendio y se detectaron diferencias entre los extintores que figuran dibujados en los planos de evacuación y los efectivamente colocados en las instalaciones (los extintores son suficientes); de 7 extintores ABC 1 se encuentra vencido y otro descargado; en la cocina hay 1 extintor tipo K.

En el sector del tablero eléctrico una de las cajas que alimentan a dicho tablero está totalmente colmado por un hormiguero. En el sector del comedor hay ventiladores de techo que al ser encendidos oscilan por estar desbalanceados o mal asegurados al techo.

No se observan carteles de sentido de circulación en caso de emergencia. Posee un plan de evacuación el cual se encuentra vencido sin renovación o constancias de simulacros. Finalmente se encontró una mesa improvisada: la tabla se apoya sobre ladrillos.

Casa Lucero

Se trata de una construcción relativamente nueva, de pocos años, construida por la Corporación Sur. Las condiciones verificadas fueron las siguientes (Observación 19.3):

⁶⁰ En la etapa del descargo de este informe, la Dirección General de Infraestructura Social (DGINFS) informó que se inició la presentación y evaluación del Sistema de Autoprotección de Casa Puerto, y que se llevaron a cabo diversas reparaciones a fin de solucionar los problemas detectados en dicho dispositivo: limpieza de techos y canaletas, construcción de la mesa y reemplazo de la mesa provisoria, reemplazo de matafuegos con carga vencida, y envío de personal idóneo de la DGINFS para la realización de un relevamiento para la resolución de cada uno de los puntos. Del mismo modo, respecto a Casa Lucero, la DGINFS indicó también que se procederá a relevar la situación y se elaborará un plan de acción para resolver los puntos indicados.

Al ingresar se pueden observar rajaduras en la losa del techo: si bien no aparenta ser un problema estructural -si no por acomodamiento o mala distribución de la carga- si las mismas no se sellan con el tiempo se incrementará el daño por la infiltración permanente de humedad y el deterioro constante.

Las consecuencias anteriormente descriptas se verán agravadas por la falta de evaporación debido a la colocación de membranas asfálticas en el techo, las cuales se colocaron por una serie de filtraciones en el interior del edificio; situación que aún sigue sin resolverse dado que aún persisten las mismas.

También se detectó humedad de los cimientos en la base de la pared sur; condiciones las anteriores que evidencian que el edificio no recibe un mantenimiento preventivo.

Durante la recorrida también se verificó que en las salas hay escasez o ausencia de tomas corrientes, obligando al empleo de prolongadores, así como mal uso del espacio empleándose un pasillo de servicio como depósito, acumulándose en el mismo lugar alimentos y artículos de limpieza.

En el exterior se observa un cable eléctrico proveniente del techo colgando por el lado de la pared e ingresando por una ventana al edificio.

En la cocina se ha encontrado una bacha con pérdida de agua por la falta de mantenimiento en la grifería. Los pluviales y cloacales no poseen mantenimiento: recién cuando desbordan son objeto de destapación. El establecimiento no cuenta con agua de red para consumo humano: se emplea agua mineral.

Cuenta con planos de evacuación, 3 extintores ABC y sistema de detección de incendios, se carece de señalética de salida y un sistema de acondicionamiento de aire: en todo el edificio hay 1 solo equipo para 1 sala. El equipo de aire acondicionado funciona pero solo abastece a 1 sala y el resto del establecimiento carece de dicho sistema.

En la puerta de salida del contra frente -que da hacia el patio descubierto- se carece del barral antipático para su apertura.

5.13. 2. Dispositivos conveniados

Las condiciones que se han verificado forman parte de la Observación 19.4.1. A continuación se exponen los resultados específicos del análisis en cada dispositivo.

5.13.2.1. Comunidades terapéuticas

El Reparo

Es una vieja casa quinta reacondicionada y con ampliaciones para atender su uso actual. Ediliciamente se encuentra en buen estado general con sus vicios de años y de uso. Durante la recorrida se ha verificado que hay algunas tomas corrientes que presentan sobre cargas por su utilización, un enchufe estrangulado por una heladera, así como un vidrio de ventana roto en el office.

Falta un extintor en la planta alta (fue retirado transitoriamente), los detectores de humo no funcionan, los tubos fluorescentes no cuentan con protección anticaídas y las canaletas están en mal estado.

Se detectó -lo cual constituye falencia grave y fue notificada verbalmente al responsable durante el procedimiento- el almacenaje de combustible dentro de un armario ubicado entre el comedor y el SUM, en el interior del edificio.

Ananké

La comunidad terapéutica funciona en una casa antigua (tipo chorizo) con algunas modificaciones.

Durante el procedimiento se detectó que las estufas de tiro balanceado se encuentran justo detrás de las puertas de acceso: al abrirse las aberturas éstas apoyan sobre los artefactos con el riesgo de incendio latente. Se informó verbalmente de tal situación al responsable de la organización.

Se detectaron cables sueltos y otros luego canalizados que salen de tomas corrientes, lo que induce a una sobre carga de la instalación y uno de los baños no tenía luz por desperfectos eléctricos al momento de la visita.

Se encontró humedad en la sala de espera y algunas fisuras en los bordes de la habitación que descienden por el ángulo de la misma.

Se comprobó la presencia de planos de evacuación, de 3 extintores ABC de 5 kg. correctamente distribuidos y luces de emergencia sobre dinteles y sensores de humo en cocina y habitaciones.

El Candil

El lugar posee varias estructuras independientes en un predio tipo casa quinta.

Se encontró la casa principal ocupada por las habitaciones de las mujeres y Administración, un bloque de habitaciones de los hombres, un área de taller-pañol y depósito y la última estructura de cocina, comedor y SUM, así mismo cuenta con 2 gazebos cerrados para reuniones o recepción de visitas.

Los baños se encuentran bastante mal conservados y se verificó la falta de roseta de duchas, de espejos y varias griferías plásticas. Se carece de barandas para los baños que permita asirse y evitar la caída de las personas en tratamiento.

Se relevaron 7 tarjetas de extintores y solo se encontraron 6 en los edificios (los colocados tenían su copia correspondiente). Los sensores de humo no funcionan. La organización cuenta con plan y planos de evacuación.

El Palomar

Es un predio desarrollado en 2 plantas y amplio patio en fondo.

Presenta un edificio estructuralmente bueno, con una ampliación en la cocina hacia el lavadero que es una construcción agregada y con techo de chapa. Al fondo del patio hay como una pequeña capilla / SUM y sala de música.

Se detectó la instalación eléctrica sobre cargada en la oficina de administración y en los baños instalados detectores de humo lo cual es innecesario. En esos mismos baños se verificó la falta de rosetas de ducha.

La mayoría de las luminarias no poseen protección anticaidas, los sensores de humo no están todos funcionales y se encontró acumulación de elementos en varios sectores como

depósito de cocina, sobre techo del baño, y sala de termo tanques y bombas. Se destaca la presencia de luces de emergencia y carteles de señalización.

5.13.2.2. Centros ambulatorios barriales / comunitarios

Del relevamiento efectuado por el equipo de auditoría ha surgido, por un lado, que la Organización Hay Otra Esperanza -que funciona en un predio en comodato cedido por el GCBA desde 2009 con vencimiento en 2019- presenta muy buenas condiciones de la planta física; respetándose la adecuada privacidad en consultorios y espacios para tratamiento.

Respecto a las condiciones generales de la planta física del centro Hurtado (de la Parroquia Virgen de Caacupé, sería conveniente mejorarlas, principalmente en su higiene y mantenimiento (en especial la cocina). No han efectuado mejoras de seguridad y la presentación de plan de evacuación por falta de recursos económicos: le han solicitado un presupuesto para requisitos básicos que está fuera del alcance de la organización.

El centro cuenta con amplias instalaciones para el desarrollo de las actividades, tanto al interior como al exterior. Tiene espacios para el desarrollo presente y futuro de talleres que dependen en gran medida de la obtención de recursos económicos, humanos y de insumos (percusión, carpintería, costura), así como deportivos (tienen cancha cubierta para actividades físicas).

Para los espacios terapéuticos tienen dos consultorios para terapia individual y un espacio para grupos. Están cerca del pasillo de distribución al comedor y al acceso al centro, por lo cual deben solicitar silencio a las personas que transitan a fin de no influir en la escucha al interior de los espacios de terapia (no se escucha desde el exterior, pero el ruido exterior puede interferir).

5.13.3. Planes de evacuación, certificados de desinfección y de limpieza de tanques

En cuanto a los planes de evacuación en los distintos establecimientos se debe aclarar que en la CABA previamente se aplicaba la Ley Nº 1346 de 2004 -y al momento del procedimiento estaba vigente la Ley Nº 5920 de 2017- que regula la presentación para su aprobación por parte de un organismo oficial del GCBA (DG de Defensa Civil).

En la provincia de Buenos Aires si bien deben tenerlo, el plan de evaluación no vence por no estar regulado, pero se carece de simulacros en forma periódica lo cual sí debería realizarse todo esto contenido dentro de las recomendaciones profesionales correspondientes a la prevención en función de la Ley 19587 y su decreto reglamentario 351/79.

En cuanto a los certificados de desinfección y análisis y limpieza de tanques en los distintos establecimientos se ha corroborado que se realizan en forma periódica en los establecimientos de internación, en los casos que se carece de un certificado de desinfección de un mes en particular esta dado más que nada por las fechas en las que se realizan, ya que en un mes se realiza en sus primeros días o hacia finales. Se ha podido verificar que existe una continuidad en los servicios a lo largo del tiempo por parte de los establecimientos de internación que no amerita una observación de corrección.

5.14. Análisis de la prestación alimentaria

5.14.1. Prestación alimentaria en dispositivos propios

Las prestaciones alimentarias que se brindan en los efectores propios del GCBA se encuentran reguladas mediante la Licitación Pública N° 94/SIGAF/2015, conforme lo establece la Resolución Conjunta N° 302 de fecha 11 de noviembre de 2015.

5.14.1.1. Consideraciones generales: dispositivos de la muestra

La empresa proveedora de alimentos en los dispositivos de la muestra (Casa Puerto y Casa Lucero) es BAGALÁ S.A.

La modalidad de la prestación alimentaria es a través de catering cocido a granel - comida cocida, es decir que el menú es preparado en la planta elaboradora del adjudicatario para luego ser transportado con vehículos adecuados y contenedores isotérmicos para su conservación hasta la sede del efector.

En el Anexo A del Pliego de Bases y Condiciones Particulares (PBCP) se establecen los mosaicos de menú con sus correspondientes listas de ingredientes para la elaboración de los mismos. Para el servicio de desayuno y merienda, se establece un único mosaico conformado por 14 listas en las cuales se incluye:

Un componente líquido: mate cocido, té, café, leche chocolatada o yogurt; más Un componente sólido (alfajor, pan con manteca y mermelada o dulce de leche, madalena, galletitas dulces, cereales azucarados, budín de vainilla o budín marmolado).

Esta lista rota de manera cíclica (termina el viernes y el lunes vuelve a empezar).

Para los servicios de almuerzo y cena, se establece dos mosaicos de menú; uno para la temporada de verano (noviembre a abril) y otro para la de invierno (mayo a octubre). Cada mosaico se conforma por 14 listas de menú cada uno y cada lista de menú contiene una entrada (sopa), un plato principal y un postre. Dichos mosaicos rotan de manera cíclica.

En Casa Puerto se brindan las cuatro comidas del día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) por tratarse de una comunidad terapéutica con internación.

En Casa Lucero se brindan las primeras tres comidas del día (desayuno, almuerzo y merienda) ya que la modalidad del tratamiento es ambulatorio.

5.14.1.2. Remitos

En el procedimiento de auditoría se tomó vista de los remitos de mercadería entregados en ambos efectores correspondientes con las prestaciones alimentarias relevadas in situ.

En Casa Lucero se comprobó la entrega de dos remitos con fecha 19/10/2018 (fecha de visita por parte del equipo auditor).

En uno de ellos se detalla:

- La cantidad de raciones de almuerzo (20 unidades)
- La entrega de agua mineral (15.75 litros) y de pan Felipe x 50 gr (20 unidades).

- En el otro remito se detalla:
- La entrega de 14 litros de leche fluida larga vida
- 4 unidades de yogurt bebible entero por 1 litro cada uno.

La cantidad de mercadería detallada en los remitos coincide con lo real entregado; por ello se firma el remito de conformidad por parte del operador del dispositivo. A su vez, se tomó vista del último remito de mercadería de alimentos secos (con fecha 16/10/2018) en el que se incluyen alimentos sólidos que se consumen en los servicios de desayuno y merienda, como ser alfajores, azúcar, copos de cereal azucarados, dulce de leche, galletitas dulces sabor limón, leche entera larga vida, yerba mate, té en saquitos, entre otros. Este último también fue firmado en conformidad por parte del operador.

En Casa Puerto se tomó vista de los dos remitos entregados en día de la visita del equipo. En uno de ellos se detalla:

- La cantidad de raciones por tipo de servicio alimentario prestado (19 raciones de almuerzo, 19 raciones de cenas y 2 raciones de dieta)
- La cantidad de 31.50 litros de agua mineral
- 19 unidades de pan Felipe por 50 gramos cada uno.
- En el otro remito se describe la entrega de:
- 46 litros de leche fluida larga vida
- 0.90 Kg de queso blanco genérico.

Ambos remitos poseen firma de conformidad por parte del operador de la comunidad terapéutica ya que la cantidad de los alimentos detallados coinciden con lo real entregado; a excepción de la cantidad de raciones de dieta entregada; describe 2 unidades y se entregó solo 1 unidad.

Por otro lado, con fecha 10/10/2018 se entregaron dos remitos con el detalle de raciones de desayuno y merienda en conjunto con los alimentos secos que se utilizan en dichos servicios; a saber: 133 raciones de desayuno y 133 raciones de merienda (cantidad correspondiente a un consumo semanal). A su vez, se detalla la entrega de alfajores, aceite de girasol, azúcar, budín de vainilla, copos de cereal azucarados, galletitas dulces, mermelada, yerba mate, entre otros. Ambos remitos con fecha 10/10/2018 no poseen la firma por parte del operador de la unidad que dé cuenta de su conformidad.

La información que debe contener el remito de mercadería se detalla en el Art. 45 del PBC el cual especifica que en letra clara y legible debe constar:

- Denominación y domicilio del efector, datos del responsable de recepción
- Tipo del servicio brindado y cantidad de raciones
- Menú y Número de lista, detalle de la mercadería, cantidad de mercadería (en kilos, litros y/o unidades cuando corresponda)
- Debe figurar en la conformidad del remito: fecha, horario de entrega, firma y aclaración.

La empresa BAGALÁ S.A no detalla en sus remitos el menú entregado ni la lista del mosaico al cual corresponde dicho menú. Solo describe la cantidad de raciones por tipo de servicio y la cantidad de alimentos secos o frescos entregados en la unidad de medida según corresponda (unidad, kilogramo o litro). (Observación 20.1.1.)

5.14.1.3. Análisis de la prestación alimentaria

Se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de los servicios alimentarios que se brinda en los dispositivos para evaluar el cumplimiento de la norma aplicable. En ambos la prestación alimentaria para el servicio de almuerzo se brinda con la modalidad de vianda caliente y para el servicio de la cena, se envía como vianda fría y al momento de la cena se calientan las raciones en microondas. Los dos servicios se trasladan desde la planta elaboradora en contenedores isotérmicos para la conservación de la temperatura según corresponda (fría o caliente) pudiendo ser a granel o en bandeja individual.

En el cuadro 112 se detalla el análisis cualitativo del menú entregado, evaluando las modificaciones posibles y su cumplimiento o no con lo establecido en el pliego vigente.

A partir del análisis del Cuadro 112, se concluye que de los 7 servicios de alimentación brindados; 3 de ellos no cumplen con el mosaico de menú programado, ya sea por reemplazo en algún componente o por faltante del mismo: incumplimiento del 43 %.(Observación 20.1.1.)

En la inspección ocular realizada en los efectores, se procedió a pesar⁶¹ tres raciones del almuerzo (enviadas en bandeja individual y contemplando la entrada, el plato principal y el postre del día) para luego establecer un valor promedio de cada componente del menú. Luego se evaluó el porcentaje de cubrimiento teniendo en cuenta los gramajes establecidos en las listas de ingredientes contempladas en el Anexo A del pliego vigente.

⁶¹ Se utilizó una balanza digital marca OHAUS modelo CS2000-001

Cuadro 112: Análisis cualitativo del menú entregado

Fecha de visita	Unidad Terapéutica	Menus relevados	Menu previsto por Pliego - Lista N° - Mosaico	Modificaciones	Cumple
12/10/2018	Casa Puerto	Desayuno: Mate cocido - Alfajor simple relleno de dulce de leche con cobertura de azúcar	Lista N° 5 - Mosaico Desayunos/Meriendas	Ninguna	Si
		Almuerzo: Sopa de verduras - Pollo al horno con Puré de Papas - Manzana/Banana	Lista N° 5 - Mosaico Invierno: Sopa de Fideos - Pollo al Horno con calabaza con queso - Banana	Se realizo cambio de la variedad de sopa y de la guarnición del plato principal	No
		Merienda: Leche con cacao - Magdalenas rellenas de dulce de leche	Lista N° 5: Chocolatada con pan con manteca y dulce de leche	Se reemplaza el componente sólido	No
		Cena: Arroz blanco con estofado de carne - Manzana	Lista N° 5 - Mosaico Invierno: Arroz con estofado de carne - Manzana	Ninguna	Si
19/10/2018	Casa Lucero	Desayuno: Chocolatada con galletitas dulces simples	Lista N° 12: Chocolatada con galletitas dulces simples	Ninguna	Si
		Almuerzo: Sopa de verduras - Fideos tirabuzón con salsa estofada - Flan de vainilla	Lista N° 12 - Mosaico invierno: Sopa de verduras - Tallarines con carne estofada - Flan con Dulce de leche	Falta de dulce de leche para el postre	No
		Merienda: Té con leche con pan con manteca y dulce de leche	Lista N° 12: Té con leche con pan con manteca y dulce de leche	Ninguna	Si

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

En los cuadros siguientes, se detalla el gramaje promedio de los alimentos servidos; los gramajes que establece el pliego (Anexo A) y en consecuencia el porcentaje de cubrimiento / déficit alcanzado:

Cuadro 113: Dispositivo Casa Puerto - Gramajes promedio y grado de cumplimiento del pliego				
Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relevado (Peso Neto gr)	Gramaje estipulado por Pliego	% de Cumplimiento	% de Déficit
Alfajor simple	33,00	35,00	94,29	5,71
Sopa de verduras	250,00	262,00	95,42	4,58
Pollo al horno	310,00	285,00	108,77	-8,77

Puré de papas	215,00	250,00	86,00	14,00
Banana	186,00	120,00	155,00	-55,00
Arroz Blanco	215,33	180,00	119,63	-19,63
Carne estofada	82,00	200,00	41,00	59,00
Manzana	163,00	150,00	108,67	-8,67

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Cuadro 114: Dispositivo Casa Lucero - Gramajes promedio y grado de cumplimiento del pliego				
Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relavado (PN gr)	Gramaje estipulado por Pliego	% de Cumplimiento	% de Déficit
Galletitas Dulces	50,00	30,00	166,67	-66,67
Sopa de verduras	250,00	262,00	95,42	4,58
Fideos tirabuzón con salsa estofada	431,00	395,00	109,11	-9,11
Flan de vainilla	147,33	230,00	64,06	35,94
Pan (merienda)	50,00	50,00	100,00	0,00

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

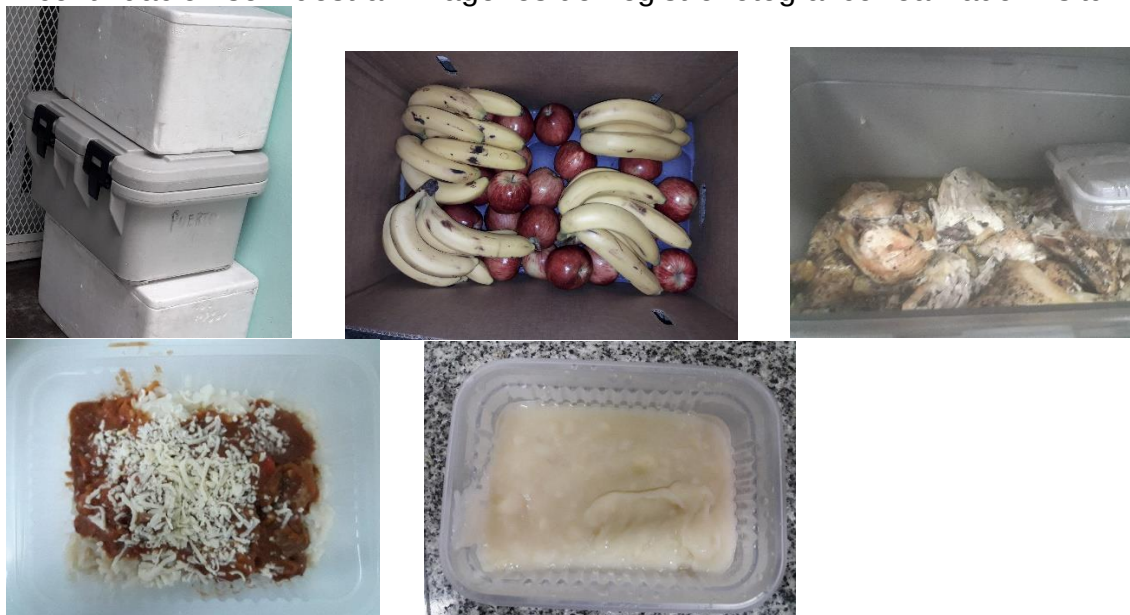
De los valores expresados, los más relevantes reflejan que en Casa Puerto la ración de carne estofada para la cena alcanzó a cubrir un 41% del gramaje establecido por pliego, es decir un déficit de 118 gr. de carne por ración; y en Casa Lucero, la ración de flan de vainilla alcanzó a cubrir un 64 % lo que representa un déficit de 83 gramos del postre por ración. (Observación 20.1.1.)

5.14.1.4. Modalidad de entrega de alimentos

En Casa Puerto el menú de almuerzo se recibe en contenedores isotérmicos con cierre hermético adecuado. Se realizó el control de la temperatura al momento de la recepción y la misma fue para el pollo al horno (enviado a granel) de 62.1 °C y para el puré de papas (enviado en bandeja individual de plástico con tapa) de 47.8 °C. Ambas temperaturas se encontraban por debajo de la temperatura óptima para el mantenimiento en caliente, la cual debe ser no inferior de los 65 °C (Art. 46 PBC). Esta práctica conlleva un riesgo en la seguridad e inocuidad del alimento; ya que al trasladar alimentos listos para consumir, el principal factor a tener en cuenta es la temperatura en la cual se conservan para asegurar que los alimentos se encuentren a temperaturas en las que los microorganismos no sean capaces de reproducirse, ni de producir intoxicaciones.

Para la vianda en frío prevista para la cena, la temperatura de control fue de 6.8 °C siendo óptima para su conservación en frío (inferior a 8 °C según Art. 46 PBC). (Observación 20.1.1.)

A continuación se muestran imágenes del registro fotográfico realizado in situ:



En Casa Lucero el almuerzo se recibe en bandejas individuales plásticas con tapa dentro de un contenedor de telgopor (material no permitido para la conservación de alimentos según el Art. 53 del PBC).

Se constató que los alimentos estaban adheridos a las bandejas plásticas individuales, con la correspondiente pérdida de su estructura (el material no resistió dada la alta temperatura del alimento en caliente con la que fue servido y además se generó pérdida de su contenido en el contenedor). (Observación 20.1.1.). A continuación se muestra imágenes de lo observado:



Se realizó control de temperatura del almuerzo al momento de la recepción de las viandas: fue de un valor de 57.8 °C para la preparación de fideos con carne estofada; el registro se encuentra por debajo del indicado en el Art. 46 del PBC para el mantenimiento de alimentos en caliente (65°C). El postre del día (flan de vainilla sin caramelo) se encontraba a una temperatura de 8.8 °C; temperatura inadecuada para la conservación en frío de postres lácteos (temperatura ideal inferior a los 8 °C según Art.46 PBC). (Observación 20.1.1.)

5.14.2. Fiscalización y control de los servicios alimentarios en dispositivos propios

5.14.2.1. Informes, evaluaciones y controles de UNYCSA

En respuesta a la Nota AGCBA N° 1595/18 enviada a la Unidad de Nutrición y Control de Servicios Alimentarios del Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano- UNYCSA -, se solicitó adjuntar copias sobre los informes de las evaluaciones, fiscalizaciones y/o controles realizados por el área respecto a los dispositivos dependientes de la DGPSA durante el período 2016 a 2018 inclusive. La información fue enviada en dos formatos.

Por un lado, se adjuntó copia de las planillas de evaluación del servicio alimentario efectuado por un Licenciado en Nutrición, en la cual dejó asentado en manuscrito las observaciones pertinentes al realizar el relevamiento in situ.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en Casa Lucero (2 en 2016, 1 en 2017 y 1 en 2018); Casa Fátima (1 por año), Casa Puerto (2 en 2016) y Casa Flores (1 en 2016, 2 en 2017 y 1 en 2018). Entre otras observaciones se dejaron asentadas tanto cuestiones positivas como negativas a resolver por el proveedor. Entre las negativas: contenedores con olor a lavandina, falta de secos, remitos sin coincidencia con listas, faltantes de lácteos, sin uniforme, solicitud de cambio de menú, etc.

El instructivo utilizado es una planilla que posee ítems a completar: datos del efector y de la empresa proveedora de alimentos. En relación al relevamiento de la prestación alimentaria en sí, se valoran diferentes aspectos como tipo de servicio, cantidad de raciones, calidad, entrega y transporte, menú del día y documentación; no contempla el control del gramaje por ración a través de mediciones tomadas con el uso de una balanza, como así tampoco registros de temperatura al recepcionar los alimentos utilizando un termómetro de pinche para tal fin (a excepción de un control efectuado sobre un total de trece efectuados en el periodo 2016-2018).

Por otro lado, se adjuntaron copias de informes en formato Word donde se describen datos del efector (domicilio, coordinador, operador y empresa proveedora), cantidad de raciones y un detalle de lo más relevante que se observó el día de la visita en relación a la evaluación respecto a la prestación brindada por el concesionario (BAGALÁ). Durante el año 2016 no se efectuó ningún informe de visita con esta modalidad. Se realizaron en 2017 informes en: Casa Flores (3 visitas), Casa Lucero (3 visitas), Casa Puerto (1 visita) y Casa Fátima (1 visita). En 2018 se visitó Casa Fátima (2 veces), Casa Flores (1 vez), Casa Lucero (1 vez) y Casa Puerto (1 vez). (Se plantean, entre otras cuestiones: faltantes de mercadería, necesidad de menú de dieta, diferentes quejas por menús y marcas que no tienen aceptación, solicitud de cambios por otros motivos (carne dura), faltantes de secos y lácteos, reemplazo de frutas,

5.14.2.2. Actas de incumplimiento

El área de UNYCSA informó en respuesta a Nota N° 1595/18/AGCBA que se han labrado actas de incumplimiento por lo estipulado en el Art. N° 76 – Penalidades – correspondiente a la Resolución conjunta N° 302/2015 por incumplimiento de los incisos pertinentes. Las actas labradas fueron las siguientes:

• Casa Lucero:

Año 2016: 4 Actas de incumplimiento

Año 2017: 3 Actas de incumplimiento

Año 2018: 1 Acta de incumplimiento

• Casa Puerto:

Año 2017: 1 Acta de Incumplimiento

De lo informado se concluye que las actas por incumplimiento labradas por UNYSCA durante el mencionado período han surgido a partir de irregularidades detectadas y reclamos iniciados por personal de los propios dispositivos.

Mediante la Nota AGCBA N° 2560/18 se solicitó a la DGPSA copias de los informes, fiscalizaciones y/o controles realizados por UNYSCA a los dispositivos propios y/o conveniados desde 2016 a 2018, con constancia de recepción de los mismos por parte de la DGPSA. Y en caso de corresponder, las copias de las actas de incumplimiento labradas por UNYSCA y las penalidades aplicadas.

En respuesta, la DGPSA se limitó a responder que “el área de UNYSCA es un programa, que no depende de la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones, por lo que entendemos no trabajan con las instituciones conveniadas”. No remiten copias de los informes e indican que “no hay actas de incumplimientos y penalidades aplicadas que hayan sido informadas formalmente a la Dirección General. (Observación 20.3.2. y (Observación 20.3.3.) En uno de los informes se hace mención a la articulación entre UNYSCA y la DGPSA ante la necesidad de rubricar un libro de Observaciones de Casa Flores: se lo lleva a rubricar la DGPSA.

5.14.3. Prestación alimentaria en organizaciones conveniadas

5.14.3.1. Consideraciones generales: organizaciones de la muestra

En las comunidades terapéuticas conveniadas que fueron objeto de la muestra de auditoría (El Candil, Ananké, El Reparo y El Palomar) el mecanismo de compra de los alimentos y la preparación de los mismos se realiza a través de la autogestión. Cada uno de los efectores es el encargado de realizar las compras de las provisiones de productos secos y frescos para la elaboración de las distintas comidas que se les brinda a los alojados durante su internación. Esta situación fue relevada in situ en cada una de las visitas efectuadas y a su vez, en respuesta a la Nota AGCBA N° 2560/18 la DGPSA señala que “El mecanismo de compra para las prestaciones alimentarias está a cargo de cada institución conveniada”.

En los convenios suscriptos entre las organizaciones y el GCBA en relación al subsidio otorgado no se hace ninguna mención respecto a qué parte de dicho subsidio contempla el costo que conlleva la prestación alimentaria que los alojados recibirán al internarse en ella, como así tampoco el detalle sobre la modalidad del servicio ni cantidad de comidas diarias que se les brindará a sus alojados durante el periodo que se encuentren en tratamiento. (Observación 10.1.3.)

5.14.3.2. Análisis de la prestación alimentaria en las organizaciones de la muestra

El Reparo (San Miguel)

A continuación se expone la síntesis del procedimiento efectuado:

- El espacio de cocina lo conforman una mesada con dos bachas de lavado.
- Las paredes y los bajos mesadas se encuentran recubiertos de cerámica blanca donde muchas de ellas se encuentran rotas o poseen faltantes.
- Posee equipamiento para la cocción (horno a gas) y equipos de frío para los alimentos perecederos (un freezer y una heladera tipo carnicera de 4 puertas). Se realizó control de temperatura de los equipos de frío y los valores obtenidos fueron de 12.8 °C para la heladera y de -11.6 °C para el freezer. Ambas temperaturas no son óptimas ya que superan los valores ideales (8 °C para la refrigeración y -18 °C para el congelamiento). (Observación 20.2.1.)
- Se observaron alimentos conservados en la heladera sin protección potenciando el riesgo de contaminación cruzada y falta de higiene. (Observación 20.2.9.).



- La cocina posee ventanales que dan al exterior sin protección con malla mosquitera para evitar el ingreso de vectores. (Observación 20.2.2.)
- El salón comedor está ligado a la cocina y se encuentra equipado con mesas y sillas de madera.
- El depósito de alimentos secos se encuentra ubicado en un subsuelo sin ventilación y en inadecuadas condiciones de mantenimiento. (Observación 20.2.3.)
- Se observó humedad en paredes y el techo, óxido en estanterías, alimentos sobre el piso, falta de higiene con presencia de vectores (moscas) (Observación 20.2.3.) y alimentos conservados a una temperatura inadecuada para alimentos que requieren refrigeración (vegetales de hoja, cebolla de verdeo y chalas de choclo).



- Los encargados de la elaboración de la comida (como de la limpieza del sector) se organizan en grupos rotativos de cuatro personas para el almuerzo y de la cena del día. Las indicaciones son dadas por la coordinadora de la comunidad ya que no tienen recetario elaborado. Poseen un mosaico de comidas conformado por 7 listas de menú que incluye los servicios de desayuno, almuerzo y cena. Se informó que fue elaborado por un Lic. en Nutrición pero no hay constancia de ello (el mosaico no posee firma ni sello).
- El día de la visita (3/12/2018) se observó la elaboración de menú: tortilla de acelga con ensalada de tomate, remolacha, apio y cebolla con fruta de estación para el postre. Esta lista no corresponde a ninguna de las programadas en el mosaico anteriormente mencionado. (Observación 20.2.7.). Se indicó que al recibir una donación de vegetales por parte del Banco de Alimentos se priorizó su uso durante el día y evitar así decomisarlos. Se realizó una selección previa y se retiró aquellos pasados en maduración no aptos para consumir. En las imágenes siguientes se observan los vegetales recepcionados:



Menú del día (almuerzo):

Al momento del servido de los alimentos, se procedió a pesar⁶² tres raciones del almuerzo brindado. Luego, se estableció un valor promedio para estimar su adecuación según la edad biológica del comensal.

Cuadro 115: Peso de alimentos en El Reparó

Unidad Terapéutica	El Reparó	
Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relavado (PN gr)	Adecuación
Tortilla de Acelga	83,33	El menú resulta incompleto en relación al aporte de macronutrientes: escaso aporte proteico, nulo en hidratos de carbono y alto en fibra de origen vegetal. No resulta adecuado para la población asistida.
Ensalada de Remolacha, tomate, apio y cebolla	257,00	
Fruta (Manzana - Naranja)	150,00	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

⁶² Se utilizó una balanza digital marca OHAUS modelo CS2000-001

Se tomó vista del análisis bacteriológico y físico químico del agua de consumo realizado durante el año 2016 por el Laboratorio BioCult-Control. El resultado del bacteriológico resultó potable; no así el físico-químico donde detalla que los parámetros analizados no cumplen con la Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo N° 19587 Art. 58 Dec. N° 351/79. Respecto a este resultado, no se volvió a repetir el análisis para confirmar su resultado o bien descartarlo. (Observación 20.2.8.).

Ananké (Lanús)

A continuación se expone la síntesis del procedimiento efectuado:

- El espacio de la cocina es un sector pequeño con falta de mantenimiento edilicio. Presenta paredes con cerámicos (muchas rotas y otras faltantes) y espacios con cemento sin el revestimiento adecuado (material no apto en zonas de manipulación de alimentos por riesgo de contaminación física). (Observación 20.2.4.)
- Posee una mesada de acero inoxidable con bacha de lavado con agua fría y caliente. La ventana al exterior no posee protección para evitar el ingreso de vectores. Como equipo de cocción posee un horno industrial eléctrico de 5 hornallas en funcionamiento adecuado.
- Para refrigerar los alimentos perecederos posee una heladera de tipo familiar con una temperatura interna de 9.8 °C (no óptima para la conservación de alimentos frescos – temperatura adecuada: 5 °C). (Observación 20.2.1.).
- Se observa dentro de la heladera la conservación de alimentos crudos (carne vacuna) junto a alimentos listos para consumir (flan de vainilla).
- Durante el procedimiento de auditoría se retiraron de su interior productos vencidos con más de 30 días pasados de su fecha de caducidad (día de la visita 4/12/2018): yogurt firme La Serenísima con fecha de vencimiento 02/11/2018 (3 unidades); postre arroz con leche marca Tregar con fecha de vencimiento 11/09/2018 (1 unidad); yogurt firme marca Ser con fecha de vencimiento 26/11/2018 (1 unidad). (Observación 20.2.6.)
- Para el depósito de alimentos secos se utilizan armarios de madera dentro del espacio del salón comedor, conservando los alimentos en su interior o en cajas de cartón. Se realiza control de stock y rotulación encontrando productos vencidos: alfajor Chocoarroz sabor limón con fecha de vencimiento 14/11/2018; barra de arroz ChocoBar marca Gallo con fechas de vencimiento 02/12/2018 y 13/11/2018; oblea de arroz marca Gallo con fecha de vencimiento 14/11/2018. (Observación 20.2.6.)
- Se encontraron los siguientes alimentos con sobre stock, próximos a vencer: mayonesa Hellman's clásica pack por 250 gr. con fecha de vencimiento 9/12/2018; premezcla de harinas para panes marca Pureza con fecha de vencimiento 07/12/2018.
- Durante el procedimiento se notificó a los responsables sobre la falta de control de stock de los alimentos y la falta de aplicación del método PEPS (Primero Entra Primero Sale) que debe aplicarse en los depósitos de alimentos.



- Las personas alojadas son las encargadas de elaborar las comidas. Se organizan en grupos rotativos de tres personas. Su vestimenta no es la adecuada para la manipulación de alimentos: se carece de delantal y cofia.
- La planificación de las comidas está organizada por la coordinación del lugar: se plantea una lista de menú semanal para los servicios de almuerzo y cena la cual se repite de manera cíclica. De todas formas se aclara que los menús pueden ir cambiando de acuerdo al convenio con el Banco de Alimentos (se reciben partidas de alimentos que deben utilizarse con prioridad).

A continuación se detalla el mosaico de menú vigente el día del procedimiento:

Almuerzo:

Lunes: Sopa – Polenta con salsa bolognesa – Postre
 Martes: Sopa – Arroz con vegetales variados – Postre
 Miércoles: Sopa – Pastel de papas con ensalada – Postre
 Jueves: Sopa de vegetales – Guiso de legumbres (porotos – garbanzos) – Postre
 Viernes: Sopa – Arroz con atún y ensalada multicolor – Postre
 Sábado: Sopa – Hígado con puré de papas o papas fritas – Postre
 Domingo: Pasta con salsa roja – Postre

Cena:

Lunes: Sopa – Albóndigas con ensalada – Postre
 Martes: Sopa – Milanesas de berenjenas o zapallitos con ensalada – Postre
 Miércoles: Sopa – Capelletinis – Postre
 Jueves: Sopa – Guiso de lentejas con vegetales y salchichas – Postre
 Viernes: Pizza casera – Postre
 Sábado: Arroz con pollo – Postre
 Domingo: Sopa – Tarta de verduras con ensalada – Postre.

El menú planteado no se encuentra avalado por un profesional Licenciado en Nutrición. Se observó desbalance de nutrientes en el aporte diario. Se repite el consumo de alimentos en el mismo día tanto en el almuerzo como en la cena como por ejemplo carne picada los días lunes y legumbres los días jueves. Hay días sin aporte proteico de origen animal (martes). No hay planificación de menús especiales para personas alojadas con

patologías crónicas (al día de la visita se encontraba alojada una mujer diabética sin menú especial). (Observación 20.2.7.).

Menú del día (almuerzo):

Al momento del servido de los alimentos, se procedió a pesar⁶³ 3 raciones del almuerzo. Se estableció un valor promedio para estimar su adecuación según la edad biológica del comensal.

Cuadro 116: Peso de alimentos en Ananké

Unidad Terapéutica	ANANKÉ	
Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relavado (PN gr)	Adecuación
Sopa de fideos	250,00	El menú resulta con escaso aporte de proteínas de origen animal. El gramaje de la ración servida es acorde para la edad.
Arroz con vegetales (cebolla, aji y zanahoria)	325,33	
Flan de vainilla	145,67	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

Respecto a la higiene se observó regular en el sector cocina por presentar suciedad adherida en cerámicos y pisos. Se utiliza cesto de residuos sin tapa con lo cual emana olores desagradables en el sector de elaboración de alimentos.

El Candil

A continuación se expone la síntesis del procedimiento efectuado:

- Al momento de la visita estaban alojados un total de 32 personas entre hombres y mujeres: la elaboración del almuerzo del día 07/12/2018 fue para el total de los alojados más 4 personas que corresponden al equipo técnico (total de raciones 36). Se informó que para la elaboración del almuerzo y la cena hay una persona encargada de las preparaciones que trabaja en la comunidad de 7 a 14 horas. El día de la visita se encontraba ausente con lo cual los encargados de las preparaciones fueron 3 alojados.
- El espacio de la cocina es amplio con equipamiento para cocción suficiente para las raciones a elaborar (2 hornos industriales con 8 hornallas).
- Las paredes se encuentran revestidas en cerámica blanca al igual que el piso (algunas rotas y/o faltantes). Las mesadas son de acero inoxidable con dos bachas de lavado con provisión de agua caliente a través de un termotanque. El techo en cocina es alto con terminación en chapa e irregular lo que dificulta su limpieza. La iluminación artificial es a través de tubos blancos sin protección contra roturas. Las ventanas al exterior no poseen protección con malla mosquitera para evitar el ingreso de vectores al espacio donde se manipulan los alimentos. (Observación 20.2.2.).

⁶³ Se utilizó una balanza digital marca OHAUS modelo CS2000-001

- Dentro de la cocina se observó una heladera de tipo carnicera con puertas de madera (sin funcionar). En su interior se verificó la existencia de bolsas de pan tipo francés (la humedad interna de la heladera no es un ambiente óptimo para conservar pan).
- Como equipos de refrigeración se posee 3 freezer bajos de apertura horizontal. En uno de ellos se conservan postres lácteos (por tener un sobre stock con fecha próxima al vencimiento), facturas y panes precocidas y grasa de cerdo utilizada para frituras. Otro freezer es utilizado para carnes (se conservan en bolsas sin rotular desconociendo el tipo de corte cárnico y la fecha en que se guardó para su refrigeración). A su vez, también se conservan postres lácteos en contacto directo con bolsas de carne cruda potenciando el riesgo de contaminación cruzada. En el tercer freezer se conservan baldes de helado, bolsas de pan sin rotular y postres lácteos próximos a vencer. (Observación 20.2.9.).
- Se realizó control de temperatura de los equipos de frío y todos resultaron adecuados, con registros inferiores a los -18 °C.



- Respecto a la higiene general de la cocina, se observa insuficiente por encontrarse suciedad adherida en piso, paredes e interior de equipos de frío con restos de alimentos. (Observación 20.2.4.)
- El depósito de los alimentos no perecederos es un espacio aislado de la cocina que se encuentra compuesto por techo de policarbonato, paredes revestidas con cerámicos y estanterías de madera. Los alimentos se encuentran bien estibados sobre los estantes, pero hay falta de rotación y aplicación del concepto PEPS. Se encuentran alimentos a granel en bolsas sobre el piso (inadecuado). La higiene general del depósito es insuficiente, observando vectores (cucarachas) sobre cajas de alimentos. (Observación 20.2.3.)
- Se realizó control de rotulación verificando lo siguiente: sobre stock de mayonesa clásica Hellman's con fecha de vencimiento 08/12/2018; Vitina clásica cajas por 250 gr. sin fecha de caducidad; cajas de Premezcla para torta marca Exquisita con fecha de vencimiento 4/10/2018 (vencida); cajas de Sopa Quick marca Knorr con fecha de vencimiento 11/11/2017 (vencida); galletitas crackers marca Ser con fecha de vencimiento 18/11/2018 (vencida); bolsa a granel de 25 kg. de garbanzos proveniente del banco de Alimentos con fecha de vencimiento 26/11/2018 (vencida). (Observación 20.2.6.)

Respecto a la planificación de los menús, los responsables de la comunidad terapéutica informaron el uso de un mosaico semanal conformado por 7 listas que contempla los 4 servicios de alimentación brindados durante el día (desayuno, almuerzo, merienda y cena). El mosaico fue aplicado durante el año 2017 y posee firma de un profesional Licenciado en Nutrición. Al día del procedimiento no hay actualización del mismo y el menú

elaborado el día de la visita del equipo auditor no se condice con ninguna lista del mosaico anterior.

Menú del día (almuerzo): Ensalada de remolacha, zanahoria, tomate, lechuga, repollo blanco y huevo duro – Tallarines con tuco.

Al momento del servido de los alimentos, se procedió a pesar⁶⁴ tres raciones del almuerzo brindado. Luego, se estableció un valor promedio para estimar su adecuación; para ello se utilizó los modelos visuales de alimentos y tablas de relación peso/volumen⁶⁵.



Cuadro 117: Peso de alimentos en El Candil
Unidad Terapéutica El Candil

Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relavado (PN gr)	Adecuación
Fideos tallarín con tuco	380,00	El gramaje servido es acorde a la edad de los comensales. La salsa tuco posee escaso puré de tomate; se utilizó caldo de pollo y almidón de maíz para alcanzar la consistencia deseada.
Ensalada de zanahoria, tomate, lechuga, remolacha, repollo blanco y huevo duro	100,00	
Postre lácteo	160,00	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

El Palomar

A continuación se expone la síntesis del procedimiento efectuado:

- El espacio de la cocina es un ambiente amplio que se comunica directamente con tres áreas, el patio externo, el salón comedor y el área del depósito de víveres secos.
- Las instalaciones de la cocina son suficientes para la cantidad de raciones que se elaboran a diario. Posee mesada de acero inoxidable con dos amplias bachas de lavado con provisión de agua caliente.
- Como elementos de cocción utilizan un anafe industrial de 8 hornallas y un horno pizzero (ambos con la conexión a gas adecuada). El área de cocción posee una

⁶⁴ Se utilizó una balanza digital marca OHAUS modelo CS2000-001

⁶⁵ Libro: "Modelos visuales de alimentos y tablas de relación peso/volumen" – Autoras: Lic. Marisa. B. Vázquez; Lic. Alicia. M. Witriw

campana construida de material para la salida de humos y vapores de cocción (no posee extracción forzada, solo natural). En otro sector posee una bacha de lavado con mesada revestida en cerámicas blancas y dos parrillas construidas en material y ladrillo refractario.

- Los pisos son de baldosa y las paredes poseen revestimiento cerámico hasta la altura reglamentaria (adecuado).
- Como mesada de trabajo se utiliza una mesa de madera; lo cual no es adecuado por tratarse de un material poroso que absorbe líquidos y dificulta su sanitización. Como espacios de guardado, la cocina posee alacenas y muebles de melanina en buen estado de mantenimiento.



- Para la elaboración de las comidas, la unidad posee una cocinera contratada (no posee libreta sanitaria ni curso de manipulador de alimentos). (Observación 20.2.5.). El día de la visita del equipo auditor (10/12/2018) se tomó vista del almuerzo con elaboración in situ a cargo de la cocinera y de dos personas internadas como ayudantes de cocina. La vestimenta de las tres personas a cargo de la manipulación de alimentos no es acorde ya que no utilizan delantal ni cofias.



- Para la planificación de las comidas diarias, se informó sobre un mosaico de menú semanal que incluye los cuatro servicios de comida brindados (desayuno, almuerzo, merienda y cena). El mosaico de menús no posee firma ni sello de un profesional con lo cual no se encuentra avalado por un Licenciado en Nutrición. Así mismo, el menú del día relevado no coincide con ninguna de las programadas.

Menú del día (almuerzo): Sándwich de pollo – Fruta de estación (Banana)

Al momento del servido de los alimentos, se procedió a pesar⁶⁶ tres raciones del almuerzo brindado. Luego, se estableció un valor promedio para estimar su adecuación según la edad biológica del comensal.

Cuadro 118: Peso de alimentos en El Palomar

Unidad Terapéutica	El Palomar	
Preparación y/o Alimento	Gramaje promedio relavado (PN gr)	Adecuación
Sandwich de pollo (2 unidades)	220,00	El gramaje de la ración es acorde para la edad asistida
Banana	180,00	

Elaboración propia en base a procedimiento de auditoría

- Como depósito de alimentos se utiliza un cuarto aislado compuesto por estanterías de madera y de metal, con pisos cerámicos. La higiene general del lugar es insuficiente. Los alimentos se encuentran estibados sobre las estanterías y otros en cajas de cartón o en bolsas sobre el piso (inadecuado). (Observación 20.2.3.)
- Durante el procedimiento se explicaron los riesgos acerca de la conservación de huevos en depósito fuera del frío.
- Se observa sobre stock de alimentos vencidos: mayonesa Hellman's Clásica fecha de vencimiento 02/12/2018 (10 cajas de 20 unidades de sachet de 125 cm3 cada uno); cubos de caldo sabor carne con fecha de vencimiento 27/04/2018 (39 cajas de 24 cubos de 19 gr cada uno); fiambre para emparedado marca El Bierzo con fecha de vencimiento 29/11/2018 (1 horma entera de peso aproximado 6 kg.) (Observación 20.2.6.).
- Como equipos de frío se poseen dos freezers bajos de apertura horizontal (temperaturas de control tomadas -14.5 °C y -19.6 °C – adecuadas) y una heladera de tipo familiar en mal estado de funcionamiento ya que su temperatura de control fue de 24.3 °C. (Observación 20.2.1.). En su interior se observaron alimentos perecederos fuera de la temperatura óptima de refrigeración (yogurt bebible, queso fresco trozado sin cubrir ni rotular, carne vacuna cruda, fuente con salpicón de arroz del día anterior sin cubrir ni rotular, queso untable, mayonesa, dulce de membrillo compacto y frasco de mermelada).

⁶⁶ Se utilizó una balanza digital marca OHAUS modelo CS2000-001



5.14.3.3. Fiscalización y control de los servicios alimentarios en organizaciones conveniadas

Respecto a las fiscalizaciones y controles sobre los servicios de alimentación que reciben las organizaciones conveniadas, el área a cargo de realizar las evaluaciones, fiscalizaciones y/o controles sobre servicios de alimentación – UNYCSA (Unidad Nutrición y Control del Servicio Alimentario) - dependiente del Programa de Desarrollo de Políticas Alimentarias y Nutricionales (PDPAyN) no trabaja con las instituciones conveniadas (información obtenida en respuesta a Nota AGCBA N° 2560/18). Por otra parte la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria – DGHySA no cuenta con antecedentes de controles efectuados (información recibida en respuesta a la Nota AGCBA N° 1874/18. Esta situación conlleva a que las organizaciones conveniadas no reciben ningún tipo de control especializado de las prestaciones alimentarias por parte del GCBA. (Observación 20.3.1.)

La única supervisión es la efectuada por los equipos a cargo de la DGPSA, que no cuenta con especialistas en Nutrición, por más que en los ejes a supervisar figure la alimentación y entre la documentación a relevar consten los menús. La Disposición N° 07/DGPSA/10 establece, en el anexo correspondiente a la Gestión del Recurso que al momento de la evaluación entre organizaciones en la modalidad internación “se elegirá puntualmente entre los diferentes programas de modalidad internativa. En todas ellas se garantizará un alojamiento en condiciones dignas y una alimentación adecuada”. (Observación 3.1.4.)

Asimismo, entre los puntos básicos a registrar por los supervisores en sus informes de supervisión a las organizaciones conveniadas -que establece la mencionada normativa- figuran las alimentarias entre las situaciones relevantes que involucren a todas las personas en tratamiento.

En la grilla de los informes de supervisión (rediseñado para algunas visitas desde 2016) está contemplada la “comida respecto al menú fijado por la nutricionista” con las potenciales evaluaciones de: malo / regular / bueno / muy bueno, sin haberse definido los criterios y parámetros correspondientes.

VI. OBSERVACIONES

1. Normativa

1.1. Protocolos de intervención para dispositivos y sectores de la DGPSA

1.1.1. No se ha definido en los protocolos de los dispositivos y sectores dependientes de la DGPSA: la cantidad de integrantes de los equipos profesionales; los plazos para la ejecución de acciones y circuitos y las herramientas de medición y/o evaluación de gestión. En el Protocolo de Admisión, Evaluación y Derivación no está definida la conformación del equipo técnico.

1.1.2. El protocolo aprobado para la Gerencia Operativa de Prevención Social no incluye los procedimientos y circuitos para el desarrollo de sus funciones y acciones, ni las articulaciones con las áreas, sectores y dispositivos dependientes de la Gerencia de Asistencia Social

2. Información suministrada por la DGPSA

2.1. Observaciones generales

2.1.1. Los diferentes archivos suministrados por la DGPSA respecto a la información estadística de la población beneficiaria de asistencia y prevención, así como de la dotación de RR.HH. durante el período auditado carecen de integridad y los datos allí contenidos no resultaron confiables en su primera versión. Se detectaron duplicidades, inconsistencias y ausencia de información en los datos allí vertidos. También ha sido inconsistente y ha presentado falta de coincidencia la información respecto a las organizaciones inscriptas en el CIOBA en relación a la nómina brindada por el propio CIOBA.

2.1.2. La DGPSA no ha contado en el período auditado con información centralizada y sistematizada en bases de datos que permitan la generación de estadísticas como instrumento de gestión y control interno- que garanticen las condiciones de la información: integridad, confiabilidad, disponibilidad.

2.2. Estadísticas

Existen diferencias y falta de correspondencia entre la cantidad de personas en asistencia y en prevención según distintos registros de información proporcionados por la DGPSA. Las personas en tratamiento en los denominados “proyectos comunitarios” se contemplan para la ejecución de metas pero no impactan en las estadísticas de la DGPSA. Estas situaciones no permiten determinar fehacientemente la cantidad de personas distintas en tratamiento de asistencia y prevención durante el período auditado.

3. RRHH de la DGPSA

3.1. Dotación de RR.HH. de la DGPSA

3.1.1. La dotación efectiva de los dispositivos propios no garantiza en el período auditado la conformación mínima prevista en las leyes de Salud Mental: equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, trabajador social y psiquiatra.

3.1.2. En Casa Puerto (internación) no hay personal destinado a tareas de mantenimiento, ni para prestaciones alimentarias específicamente.

3.1.3. El 1,99% de la dotación total de la DGPSA pertenece al área de Supervisión (3 agentes). Esto impacta directamente en la labor de supervisión, no solo respecto al cumplimiento del mínimo de visitas previstas si no a su eficacia.

3.1.4. La DGPSA no cuenta con especialista en infraestructura / arquitectura ni higiene y seguridad y nutrición para la supervisión de instituciones conveniadas, siendo las condiciones edilicias y la prestación alimentaria parte de los aspectos a revisar en las supervisiones institucionales.

3.2. Análisis de legajos de la DGPSA

3.2.1. Del análisis efectuado en la muestra de legajos de planta permanente y transitoria (21 legajos), se observa la falta de:

- En el 81% (17 legajos) no consta la documentación respecto a las licencias.
- En el 76,2% (16 legajos) las actas que acrediten el estado civil.
- En el 66,7% (14 legajos) la realización de cursos.
- El examen pre ocupacional no consta en el 57,1% (12 legajos).
- La ficha de datos personales en el 52,4% (11 legajos).
- El certificado de no Inclusión en el registro de deudores alimentarios en el 47,6% (10 legajos).
- En el 42,9% (9 legajos) no constan los certificados de antecedentes penales y los actos administrativos.
- La constancia de título no consta en el 38,1% (8 legajos).
- En el 14,3% (3 legajos) la documentación de asignaciones familiares y las DD.JJ.
- En el 9,5% (2 legajos) los actos de designación y los CV.
- En el 4,8% no consta la constancia de CUIT/CUIL, la profesión/nivel de estudios y los formularios ART.

3.2.2. De la muestra de legajos de contratos de locación y servicios (10 legajos), se observa el faltante de:

- El certificado de capacitación no consta en el 100% (10 legajos).
- El contrato de locación en el 50% (5 legajos).
- En el 30% (3 legajos) no consta el título.
- En el 20% (2 legajos) el CV.
- En el 10% (1 legajo) la constancia de AFIP.

3.2.3. De la muestra de los legajos de contratos UBA (2 legajos), se observa el faltante de:

- En el 100% (2 legajos) no consta el certificado de capacitación y el contrato.

4. Análisis presupuestario / contable

4.1. Observaciones generales

4.1.1. No consta el Anteproyecto de Presupuesto ni la elaboración del Plan Anual de Compras para el ejercicio 2016 del Programa N° 71.

4.1.2. La Actividad N° 4 del programa N°71 "Observatorio de Adicciones" se refleja presupuestariamente bajo la órbita de la DGPSA, cuando en términos de estructura formal y funcionamiento real no se encuentra dentro de las competencias de dicha Dirección. Con lo cual no se refleja una correspondencia entre el presupuesto financiero como herramienta de gestión y las competencias reales del área.

4.2. Modificaciones presupuestarias

4.2.1. Más del 50% de los requerimientos de modificaciones presupuestarias se aprueban mediante el Decreto N°10 AJG sin la constancia de los actos administrativos aprobatorios, ni su publicación en el Boletín Oficial.

4.2.2. El 46% de los requerimientos aprobados por el mencionado Decreto no fueron informados por la DGTAYL como requerimientos de modificaciones presupuestarias del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat.

4.3. Sistema informático para liquidación de pagos

El sistema informático (aplicativo) que genera la liquidación:

4.3.1. Está condicionado a la información suministrada por los prestadores (principalmente respecto a los egresos y prestaciones ambulatorias), salvo en las épocas del año en las cuales se efectúan las supervisiones.

4.3.2. Ha sufrido deficiencias, lo cual provocó pérdidas de información durante el período auditado sin que se efectuaran resguardos (back up). Esta situación más la falta de un protocolo de claves de acceso afecta la seguridad, confiabilidad e integridad de información de contenido sensible de personas en tratamiento.

4.3.3. No incluye información respecto a los centros ambulatorios y de internación denominados "proyectos comunitarios": no se ha instaurado ningún circuito interno de control de liquidación administrativo para estas organizaciones a las que se les abona una suma fija por determinada cantidad de personas (capacidad funcional).

4.4. Carpetas de pago de la muestra

Observaciones generales

4.4.1 En el marco de los procedimientos contables no fue suministrada una de las carpetas de pago solicitada a la Dirección General de Contaduría General por Nota AGCBA N° 1869/18 correspondiente a la empresa EMEVEVE S.A (servicios de limpieza con PRD 256409) por un monto de \$168.897,60 (Actividad N° 3, partida 3-3-5).

4.4.2. Actividad N°3: se constató que de los \$7.339.448,07 tomados como muestra, el 66% (\$4.879.696,00) no se corresponde con gastos correspondientes a dicha actividad.

4.4.3. Actividad N°4: el monto tomado como muestra fue de \$1.349.000,34, de los cuales el 82% (\$1.108.008,34) no se corresponden con gastos destinados para la actividad.

4.4.4. Actividad N°5: el monto de la muestra fue de \$7.855.778,50, el 12% del mismo (\$966.451,50) se utilizó para gastos que no se corresponden con la actividad auditada.

Análisis de las carpetas de pago de la muestra

4.4.5. De los gastos efectuados por un monto total de \$ 16.589.263,91, el 39.40% (\$6.536.524,89) se corresponden a servicios redestinados a otras áreas o dependencias del Ministerio o a servicios efectuados por fuera del período de auditoría. Por lo tanto, se constató una incorrecta utilización de los recursos. Esta situación dificulta la labor de control por parte de esta Auditoría.

4.4.6. El 100% de los gastos imputados para las actividades 3 y 5, se aprobaron mediante la aplicación del Decreto N° 556/10, incumpliendo la normativa vigente en materia de compras y contrataciones. En el caso de la actividad 4, el incumplimiento se ve reflejado en el 78.59% del monto analizado.

Análisis de Cajas Chicas

4.4.7. Caja Especial de “Mantenimiento y Caja de Vida” (2.9.1) – Act 5

- El ente auditado justifica la solicitud de esta caja para afrontar erogaciones cotidianas que no están previstas en el Plan Anual de Compras. Al no existir constancia del Plan Anual de Compras, no ha sido posible acreditar dicha justificación.
- Se realizan rendiciones de compras de alimentos que forman parte de los insumos a entregar por las empresas contratadas para tal fin.

4.4.8. Caja Chica Especial “Día Internacional de lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas” - Actividad 4

- Los presupuestos presentados en la caja chica no cuentan con la firma del representante o responsable a cargo de la empresa prestadora.
- Se identificaron errores en la imputación presupuestaria, lo cual imposibilita el control real de los gastos efectuados.
- Se imputan los gastos en la actividad 4 “Observatorio de Adicciones”, cuando los mismos se corresponden con la actividad destinada a Prevención⁶⁷.

4.4.9. Caja Chica de Movilidad (3.7.8) – Act. 4 (se realizó el análisis de tres trimestres):.

- En las rendiciones del tercer y cuarto trimestre, no consta el Formulario de Solicitud de Entrega de Fondos.
- Las rendiciones de los tres trimestres poseen imputaciones para gastos de movilidad de la actividad 4, cuando la DG informa que no cuentan con personal afectado a dicha actividad, con lo cual se observa un error de imputación y de programación de las partidas presupuestarias.

⁶⁷ Cabe mencionar que la actividad 4 “Observatorio de adicciones” no debería poseer ningún gasto imputado presupuestariamente en dicha actividad ya que no cuenta con injerencia en su estructura organizativa.

Subsidios a organizaciones conveniadas

4.4.10 Subsidios Instituciones Adicciones (por \$6.805.824,00) – (5.1.3) Act 5:

- En el 100% de las transferencias imputadas (\$6.805.824,00), no consta la facturación respaldatoria.
- El 48,6% (\$3.311.376,00) de los subsidios otorgados no poseen el acto administrativo que respalde la aprobación del gasto.
- El 68,09% (\$4.634.490,00) se corresponde con transferencias a proyectos comunitarios. En la totalidad de dichos expedientes no consta la documentación respaldatoria que dé cuenta fehaciente del destino de los fondos otorgados.
- La modalidad de efectivizar el subsidio de Fundación Niños de la Argentina no se corresponde con la modalidad que brinda (internación en comunidad terapéutica): se abona por monto fijo global sin contemplar cantidad efectiva de vacantes ocupadas o personas que asistan al tratamiento.

4.4.11. En el cruce entre los expedientes de pago a comunidades terapéuticas/centros ambulatorios de la muestra y la base de beneficiarios se analizaron 339 casos de los que se encontraron 32 casos con irregularidades (9,4% del total). Las falencias fueron las siguientes:

- El 3,8% (13 beneficiarios / 339): sin registro en la base de la DGPSA.
- El 2,9% (10 beneficiarios / 339): con diferencias en las fechas de egreso.
- El 1,5% (5 beneficiarios / 339): figuran simultáneamente internados en dos comunidades.
- El 0,6% (2 beneficiarios / 339): cálculos mal realizados en las liquidaciones de pagos.
- El 0,6% (2 beneficiarios / 339) las liquidaciones fueron realizadas con 31 días de asistencia cuando los centros ambulatorios no funcionan todos los días del mes.

5. Metas físicas / Informes trimestrales de gestión

5.1. Metas programadas 2016

5.1.1. Las metas programadas no se determinan en función de la necesidad pública, en proyecciones de población potencial y/o en términos de la población destinataria a partir de criterios de elegibilidad del Programa.

5.1.2. En la sumatoria de las metas proyectadas del año (33.913 “personas” en Prevención y Rehabilitación de Adicciones) se han contabilizado los 23 “informes / investigaciones” de la Actividad 4.

5.2. Metas ejecutadas 2016

5.2.1. No se identifica la cantidad de personas distintas a nivel Programa y/o en cada Actividad (bajo tratamiento de rehabilitación y en prevención).

5.2.2. Los porcentajes de ejecución (metas programadas / metas ejecutadas) no cuantifican el alcance real del Programa: el porcentaje expuesto sobreestima la producción del Programa en términos de eficacia.

5.2.3. Actividad N°5: en la cuantificación se contemplan las becas totales de acuerdo a la capacidad funcional de los proyectos comunitarios, independientemente de las personas

en tratamiento, lo cual implica un error en la exposición de la producción real durante el ejercicio.

6. Informes de gestión / población potencial

No se han elaborado informes de gestión en 2016 que incluyan indicadores para medir los resultados de la gestión de la DGPSA. A nivel Dirección General y Gerencias Operativas se han elaborado documentos diagnósticos y de monitoreo de la gestión que presentan la necesidad de cuantificar las proyecciones e indicadores y de sus resultados, en función de la población objetivo, y los objetivos de gestión y responsabilidades primarias definidos para la DGPSA y sus Gerencias.

7. Acciones de Prevención

7.1. Centros de prevención

7.1.1. La Gerencia Operativa de Prevención Social no cuenta con dispositivos propios o que funcionen bajo su dependencia para el desarrollo de sus actividades.

7.1.2. El desarrollo de actividades de prevención se lleva a cabo en dispositivos que dependen de la Gerencia Operativa de Asistencia Social con domicilio en las comunas: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14 y 15; sin presencia en las restantes: 2, 9, 10, 11, 7 y 13.

7.2. Planificación

7.2.1. La Gerencia Operativa de Prevención Social no ha desarrollado un diagnóstico que presente indicadores con la población a cubrir y una planificación general de sus actividades que contemple las zonas geográficas a priorizar.

7.2.2. La Gerencia Operativa de Prevención Social no lleva registro de las consultas, y/o derivaciones que efectúan para la canalización de las demandas, ni constan los planes estratégicos de prevención integral (establecidos en Decreto 399/2016).

7.3. Capacitaciones

7.3.1. No es posible identificar a las personas distintas que asistieron a las capacitaciones internas de 2016 dada la falta del registro de la identidad de los concurrentes a los eventos.

7.3.2. Actividades en CPIs en 2016: el grado de cobertura de las capacitaciones respecto a la cantidad de CPIs de la CABA ha sido del 13,43%. Se realizaron actividades en 9 de los 67 Centros de Primera Infancia que han formado parte del Programa correspondiente durante 2016. Los CPIs donde se han desarrollado actividades están ubicados en 5 de las 15 comunas de la Ciudad: no cubren el 66,66% de las comunas.

8. Acciones de Asistencia Social a cargo de la DGPSA

8.1. La oferta de Asistencia de la DGPSA no incluye modalidades previstas en el artículo 14º de la ley de Salud Mental de la CABA que facilitan la reinserción social y sociolaboral una vez externados del tratamiento: casas de medio camino, emprendimientos sociales, centros de capacitación. Algunas de las organizaciones conveniadas de internación brindan estas modalidades pero no se han suscripto los convenios correspondientes.

8.2. La DGPSA no ha instrumentado la creación y actualización del Registro de los Centros de Tratamiento, como lo establecen la Ley 2318 y el Decreto 399/2016, ni registra de manera sistemática las vacantes para las modalidades de atención como lo establece la Disposición 07/2010". La existencia de este Registro no reemplaza la inclusión de organizaciones de asistencia y/o prevención de adicciones en el Registro del Centro de Información de la Ciudad de Buenos Aires (CIOBA).

9. Articulaciones DGPSA y CDNNyA

Falta de articulación: no se ha instrumentado un circuito formal de circularización de los informes de supervisión y monitoreo para así fortalecer las tareas de ambos organismos respecto a la atención de los niños, niñas y adolescentes en los dispositivos de asistencia de adicciones.

10. Convenios con organizaciones que brindan asistencia en adicciones

10.1. Modelos de convenios

El modelo de convenio vigente en 2016 (de acuerdo al Decreto N° 165/2013) no especifica:

10.1.1. Fechas precisas de presentación de informes.

10.1.2. Las sanciones que el Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano puede aplicar.

10.1.3. Las obligaciones de la organización en la modalidad internación respecto a todas las necesidades de las personas en tratamiento.

10.1.4. La presentación de informes mensuales evolutivos periódicos que, de hecho la DGPSA solicita a sus organizaciones de internación y ambulatorias. Establece la presentación de informes de impacto entre la población objetivo al finalizar el proyecto.

El criterio que define el modelo de convenio vigente para efectivizar el pago presenta diferencias respecto a las prestaciones brindadas por las organizaciones:

10.1.5. Los convenios suscriptos no contemplan a la población adulta como población destinataria.

10.1.6. Falta de correspondencia entre los perfiles poblacionales para los cuales deben ofrecer vacantes y la actualización de los mismos en las propuestas terapéuticas y/o los proyectos institucionales relevados en los procedimientos efectuados en las organizaciones de la muestra.

10.2. Montos de las becas

No existe un criterio basado en parámetros e indicadores técnicos, ni de organismos reguladores, para fijar y actualizar los montos de las becas de cada una de las modalidades de las prestaciones brindadas.

10.3. Documentación exigida para la suscripción de convenios

10.3.1. Relevamiento de expedientes de organizaciones de la muestra en la Dirección General de Contaduría General:

- En el 100% no consta la plantilla de personal especificando función y carga horaria, constancia de inscripción en el CENOC, plan de evacuación aprobado por autoridad competente, certificado de desinfección mensual del inmueble, certificado semestral de limpieza de tanques y certificado de antecedentes penales.
- En el 87,5% no consta el último balance y memoria presentado al IGJ.
- En el 66,7% no consta la nota de presentación institucional a la DGPSA expresando voluntad de conveniar, nombre y DNI del responsable legal / CUIL presidente o párroco.
- En el 57,1% no consta la habilitación sanitaria otorgada por autoridad competente (Ministerio de Salud de la Nación).
- En el 33,3% no consta título de propiedad, contrato de alquiler, comodato, sesión u otro en la sede en la cual se desarrollan las actividades y matafuegos con tarjeta vigente.
- En el 28,6% no consta constancia de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores como establecimiento asistencial y ambulatorio (Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación).
- En el 22,2% no consta inscripción en registro de ONGs de CDNNyA
- En el 14,3% no consta habilitación definitiva o nota de habilitación en trámite.
- En el 11,1% no consta la personería jurídica de la organización con debida constancia IGJ o personería jurídica del arzobispado y el certificado CIOBA.

10.3.2. Inscripción en el CENOC

El 56% del total de las organizaciones conveniadas (14/25) no cuentan con inscripción; siendo éste requisito para la firma de convenios de acuerdo a la Disposición vigente. Del total, 2 organizaciones tienen inscripción posterior a la firma del convenio: durante 2017.

10.3.3. Inscripción en el CIOBA (Centro de Información de la Ciudad de Buenos Aires)

Dos organizaciones (8% del total de organizaciones conveniadas) se han inscripto con posterioridad a la fecha de la firma del convenio: Fundación Niños de la Argentina en 2017 y Asociación Civil El Palomar en 2018. Respecto a ésta última al formar parte de la muestra se corroboró la falta de la documentación de inscripción en el expediente en Contaduría General.

11. Circuito de Admisión y Derivación, Evaluación (ASA)

No se ha instrumentado:

- 11.1. Un circuito de registro ante el caso de negativas de las instituciones a las solicitudes de vacantes.
- 11.2. Mecanismos de comunicación y/o un circuito formal entre el equipo de ASA y las organizaciones conveniadas para el conocimiento de los cambios respecto a los proyectos y las propuestas terapéuticas durante la vigencia de los convenios.
- 11.3. Mecanismos formales de supervisión del proceso de gestión del recurso por parte de la Coordinación y Gerencia Operativa, lo cual implica debilidades del ambiente de control interno.

11.4. Mecanismos de articulación con los centros ambulatorios y de internación denominados “proyectos comunitarios” para la derivación y evaluación de tratamientos de internación.

11.5. Casa Puerto ha tenido vacantes (subocupación) durante el período auditado -y hasta la finalización de las tareas de campo- y paralelamente se ha derivado a dispositivos conveniados.

Procedimientos en dispositivos propios y organizaciones conveniadas

Dispositivos propios

12. Análisis de las historias clínicas de la muestra

12.1 Observaciones generales de las historias clínicas de la muestra

- Faltantes de constancia de consentimiento informado y registros de intervenciones profesionales: en la totalidad de los dispositivos que conformaron la muestra (ASA, Casa Puerto, Casa Lucero y CIAC San Cristóbal). Del total de las 73 historias clínicas relevadas, 46 no poseen el consentimiento informado (63%).
- El 75% de los dispositivos registran faltantes de foliado (3 de 4).

Análisis por dispositivo / sector:

12.2. De las 20 historias clínicas analizadas en ASA correspondientes a personas en tratamiento en 2016:

- En el 95% (19 casos) no consta control de supervisión.
- El 90% de las historias clínicas (18 casos) está incompleta con respecto a los contenidos mínimos establecidos.
- El 50% (10 historias clínicas) no posee consentimiento informado. Y el 20% de los consentimientos están incompletos en su contenido.
- El 35% (7 casos) no posee informes evolutivos mensuales.
- El 20% (4 casos) carecen de anexo de derivación, diagnóstico presuntivo y constancia de DNI.
- En el 10% (2 casos) no consta la fecha de alta en la comunidad terapéutica.

De las 10 historias clínicas de personas que ingresaron en 2018, se concluye que todas presentan faltantes:

- El 100% no posee check list, registro de alta en comunidad terapéutica, registro de control de supervisión ni informes evolutivos (10 casos).
- El 70% (7 casos) no posee constancia de DNI ni consentimiento informado
- El 50% de la muestra (5 casos) no poseen anexo de derivación.
- No consta opinión profesional ni diagnóstico presuntivo en el 40% de la muestra (4 casos)
- El 20% de las historias presentan dificultades en la legibilidad (2 casos).

12.3. De las 21 historias clínicas analizadas en Casa Puerto se concluye que:

- El 100% de las carátulas de intervenciones evidencian faltantes de registros de la documentación prevista.
- El 76,2% de las historias clínicas es parcial o totalmente ilegible (16 casos).
- El 47,6% (10 casos) no posee protocolo de ingreso al tratamiento ni registro de DNI.
- El 9,5% (2 casos) carece de anexo de derivación.

12.4. De las 9 historias clínicas analizadas en el CIAC San Cristóbal se concluye que:

- El 78% de las historias clínicas (7 casos) está incompleto.
- El 67% (6 casos) no posee control de supervisión.
- El 44% (4 casos) no registra opinión profesional en relación a la voluntad de tratamiento.
- El 22% (2 casos) carece de diagnóstico presuntivo.
- El 11% (1 caso) no posee entrevista de admisión.

12.5. De las 13 historias clínicas analizadas en Casa Lucero se concluye que:

- El 92,3% de la muestra no evidencia frecuencia semanal de registros de intervenciones en área terapéutica (12 casos).
- En el 38,4% (5 casos) no se identifica al profesional a cargo de la confección de la historia clínica, ni se registran las pautas de convivencia.
- En el 7,6% no consta entrevista de admisión (1 caso).

Organizaciones conveniadas

13. RR.HH. y dotación de equipos profesionales de las organizaciones de la muestra

13.1. Del total de 52 legajos analizado se constató que:

- El 100% no están foliados ni completos de acuerdo a los requisitos previstos en la Disposición N° 07/2010.
- En comparación con la dotación mínima de equipos profesionales prevista en las leyes de Salud Mental, de acuerdo al perfil de la población destinataria, se constató la falta de Lic. de Trabajo Social en Convivir, Manantiales, Hay Otra esperanza y el Centro San Alberto Hurtado. En las organizaciones de internación Ananké y El Palomar no cuentan con Lic. en Nutrición en función de la prestación brindada.

13.2. De los 50 legajos de comunidades terapéuticas y centros ambulatorios surge que:

- En el 74,3% no consta la matrícula profesional y en el 80% no constan las certificaciones de los Registros de profesionales de la Salud de la Superintendencia / Ministerio de Salud.

13.3. Del relevamientos de legajos de los centros ambulatorios barriales, surge que:

- No existe constancia de la confección de legajos de RR.HH. para la dotación del Centro San Alberto Hurtado.

- El porcentaje analizado ha sido bajo en proporción al universo de la dotación (2 de Hay Otra Esperanza sobre un total de 23 personas en ambos centros). Por ese motivo los datos que se concluyen no representan el grado de gestión y el cumplimiento normativo.

14. Historias clínicas en organizaciones de la muestra

14.1. Observaciones generales

- No existen criterios unificados de formato y estandarización de las historias clínicas en los dispositivos.
- De las 8 organizaciones de la muestra una (12,50%) no cuenta con historias clínicas para registrar las evoluciones de los tratamientos (el Centro San Alberto Hurtado).

14.2. De las 6 comunidades terapéuticas y centros ambulatorios cuyas historias clínicas se relevaron (54 historias clínicas en total) se concluye que:

- El 100% de los establecimientos presentan faltantes de: foliado, identificación de profesionales intervinientes, notas de derivación, plan de medicación, escolarización y antecedentes familiares.
- El 66,7% faltantes de: consentimiento informado, documentación personal e informes evolutivos.
- El 16,7% faltantes de: carátula o ficha personal, registros de estrategias de egresos y certificados médicos.
- En Fundación Manantiales no fue posible relevar la totalidad de las historias clínicas correspondientes al período auditado, dado que no se han garantizado las condiciones de guarda y custodia de las historias clínicas de las personas en tratamiento en 2016. Se presentó documentación de extravío y se indicó que han tomado los recaudos pertinentes para evitar consecuencias de ese tipo.

Con relación a los registros de intervenciones dispuestos en la Disposición N°7/2010 se verifican las siguientes observaciones:

- El 100% de los dispositivos evidencia faltantes de registros de terapia grupal, trabajo con familiares y vinculaciones
- El 16,7% faltantes de: registros de salud física, psiquiatría, área operativa, talleres y terapia individual.

14.3. Del centro ambulatorio Hay Otra Esperanza (se relevaron 5 historias clínicas) se verificó que:

- El 100% de las historias clínicas carece de foliatura e información separada en campos, con apartados para las diferentes áreas de tratamiento e identificación de los profesionales intervinientes.
- El 60% no posee registros de evoluciones e intervenciones de los tratamientos.
- El 40% no contiene informes iniciales con todos los datos básicos de las personas.

15. Habilitaciones sanitarias en organizaciones de internación de la muestra

En tres de las cuatro (75%) organizaciones de la modalidad de internación la capacidad de ocupación o la disponibilidad supera la prevista en la habilitación sanitaria (Ananké, El Reparo y El Candil).

16. Fundación Niños de la Argentina

16.1. Durante la planificación de los procedimientos de campo el equipo de auditoría debió reemplazar de la muestra de organizaciones a la Fundación Niños de la Argentina dado que la DGPSA comunicó el 30/09/2018 que había rescindido el convenio. Esta sanción resultó distinta con la efectivamente impuesta de acuerdo con la documentación remitida ya concluidos los procedimientos: se suspendieron los ingresos a esta comunidad terapéutica de internación conveniada (la única en la CABA). La información suministrada condicionó la selección de la muestra del equipo de auditoría.

16.2. La DGPSA no brindó constancia del cumplimiento de la totalidad de los circuitos previstos en la normativa ante casos de Violencia (Disposición DI-2012-39-DGPSA) ante el hecho supuestamente ocurrido el 30/06/2018.

17. Informes evolutivos

17.1. Observaciones generales

17.1.1. Los informes evolutivos no cuentan con un diseño / formato estandarizado, ni con criterios formalizados por la DGPSA en función de los requisitos de las leyes de Salud Mental.

17.1.2. No hay registro de la supervisión de los informes evolutivos presentados por parte de las autoridades de las distintas áreas de conducción de la DGPSA.

17.1.3. No existe constancia de la elaboración de informes por parte de los dispositivos propios respecto a la evolución de las personas en tratamiento, elevados a los superiores jerárquicos, salvo en el 48% de los 21 casos relevados en la muestra de Casa Puerto.

17.1.4. A las organizaciones conveniadas con modalidad de subsidio mensual fijo no se les ha solicitado la presentación de informes de rendición de cuentas por la percepción de los subsidios, como prevé el convenio. No presentan informes de impacto entre la población objetivo, y/o sobre las personas en tratamiento, y/o del cumplimiento del proyecto y/o de las prestaciones brindadas.

17.2. Informes evolutivos en historias clínicas en ASA respecto a organizaciones conveniadas de la muestra:

- 6 historias clínicas no fueron puestas a disposición del equipo de auditoría (29% de las 21 historias clínicas requeridas).
- En 5 historias clínicas (el 33,3% de las 15 analizadas): no constan informes evolutivos.
- En el 80% de los casos en que constan los informes: falta de correspondencia entre la cantidad de informes evolutivos que debería contener y los que efectivamente se encontraron en las historias clínicas.

18. Informes de supervisión de la DGPSA

18.1. Observaciones generales:

18.1.1. De un total de 23 organizaciones conveniadas de asistencia, 9 no han sido objeto de supervisión por parte de la DGPSA durante el período auditado (las ambulatorias y de internación denominadas “proyectos comunitarios” y la comunidad terapéutica Fundación Niños de la Argentina. Representan el 39,13% de las organizaciones conveniadas con prestación de asistencia en adicciones.

18.1.2. En el 33% de los dispositivos que la DGPSA ha supervisado no se cumplió con la periodicidad mínima prevista en la normativa: 4 supervisiones por año. Ese porcentaje corresponde a 6 dispositivos sobre un total de 18 dispositivos supervisados en el año de las modalidades comunidad terapéutica y ambulatorios.

18.1.3. No existe constancia durante el período auditado de supervisiones a los dispositivos dependientes de la DGPSA.

De los 66 informes de supervisión elaborados durante 2016:

18.1.4. En 10 de los informes (15,15%) no constan registros de ambos supervisores intervinientes.

18.1.5. En 65 (98,49%) no constan la firma del superior inmediato al equipo de supervisión).

18.2. De las 6 organizaciones supervisadas de la muestra:

18.2.1. En 5 no existe constancia de notificación de los informes del año (83,3%). El Reparo San Miguel fue notificado del contenido de 3 de los 5 informes del año 2016.

18.2.2. De los registros en los libros de inspección / supervisión de los prestadores, surge que el 10% de las visitas de los supervisores del año 2016 no está registrado.

De los 20 informes de supervisión de las organizaciones de la muestra:

18.2.3. El 100% de los Informes de supervisión relevados no contiene foliatura, ni constancia de supervisión por superior jerárquico.

18.2.4. Los informes presentan distintos formatos: no ha sido definido un criterio uniforme ni estandarizado para el informe en general y para consignar las situaciones relevantes a reseñar. No se consignan plazos probables de resolución ante señalamientos de situaciones irregulares o perjudiciales.

18.2.5. De la revisión de los legajos (historias clínicas): en 2 no consta referencia a su revisión (10% de los informes) por parte de los supervisores.

18.2.6. De un total de 172 personas (no necesariamente distintas) no fueron entrevistadas 119 (69,2%) y falta determinar el 12,8% restante en los registros (corresponde a 22 personas).

18.3. Frecuencia de las supervisiones en organizaciones de la muestra / Días de permanencia en el tratamiento:

Del total de personas en establecimientos de la muestra: se realizó la supervisión durante el tratamiento del 49,8% del total. Del análisis efectuado se evidencia que la periodicidad

y cantidad mínima de las supervisiones no se ajusta a los tiempos reales de permanencia en el tratamiento.

19. Planta física

Dispositivos propios de la muestra

19.1. Consideraciones generales

19.1.1. Los dos efectores que conformaron la muestra (Casa Puerto y Casa Lucero) carecen de mantenimiento preventivo (funciones a cargo de la Dirección General de Infraestructura Social). Esta situación ha aparejado consecuencias negativas en la conservación edilicia de ambos establecimientos.

19.1.2. El tiempo de respuesta ante requerimientos de reparaciones ha sido prolongado o nulo desde el período auditado hasta la fecha del procedimiento de auditoría inclusive. La falta de arreglos provoca la persistencia y agudización de los deterioros en el estado de conservación.

19.1.3. No se han tramitado los planes de evacuación vigentes.

19.1.4. No cuentan con personal de mantenimiento en su dotación para tareas de reparaciones menores.

19.2. Respecto a las condiciones de la planta física y de seguridad, durante el procedimiento en Casa Puerto se observó:

- En cielorrasos y techos: faltantes de placas o en mal estado; canaletas y techos cubiertos por ramas y hojas con sus consiguientes filtraciones de agua; artefactos de iluminación sin protección anticaidas.
- En los baños: faltantes de artefactos, griferías y de roseta en duchas; barandas para discapacitados en mal estado o rotos; en un sector se observa una rajadura vertical de la pared divisoria interna.
- Sensores de incendio y extintores: en las habitaciones no está garantizado el funcionamiento de los sensores de incendio; se detectaron diferencias entre los extintores que figuran en los planos de evacuación y los efectivamente colocados; de 7 extintores ABC: 1 se encuentra vencido y otro descargado.
- Una de las cajas que alimentan el sector del tablero eléctrico está colmado por un hormiguero.
- Comedor: ventiladores de techo desbalanceados o mal asegurados al techo; falta de carteles de sentido de circulación en caso de emergencia; mesa improvisada: la tabla se apoya sobre ladrillos.
- Del relevamiento efectuado surgen solicitudes de reparaciones del período auditado sin resolución: reparación de baño continuo a la Dirección, rotura y pérdida de agua en pared de la Dirección y en el baño que utilizan los NNyA; y finalización de trabajo en los techos (cielo raso): del cambio de placas de Durlock resta colocación de faltantes en distintas partes.

19.3. Respecto a las condiciones de la planta física y de seguridad, durante el procedimiento en Casa Lucero se observó:

- Losa del techo: rajaduras que si no se sellan se incrementará el daño por la infiltración permanente de humedad y el deterioro constante. Estas consecuencias se agravan por la colocación de membranas asfálticas (se colocaron por una serie de filtraciones en el interior del edificio; situación que aún sigue sin resolverse).
- Humedad de cimientos en la base de la pared sur.
- En las salas: escasez o ausencia de tomas corrientes, obligando al empleo de prolongadores.
- Uso de un pasillo de servicio como depósito para acumular alimentos y artículos de limpieza.
- Exterior: existencia de un cable eléctrico proveniente del techo colgando por el lado de la pared e ingresando por una ventana al edificio.
- Cocina: una bacha presenta pérdida de agua por la falta de mantenimiento en la grifería; pluviales y cloacales sin mantenimiento.
- El establecimiento no cuenta con agua de red para consumo humano: se emplea agua mineral.
- Se carece de: señalética de salida; de sistema de acondicionamiento de aire para todo el edificio y de barral antipático para la apertura de la puerta de salida del contra frente.

19.4. Organizaciones conveniadas de la muestra

19.4.1. Respecto a las condiciones de la planta física y de seguridad durante el procedimiento en las organizaciones El Palomar, Ananké Lanús, El Reparo San Miguel y El Candil:

- En el 100% de los establecimientos los baños presentan elementos faltantes o grifería / accesorios en mal estado de conservación.
- En el 100% de los establecimientos faltan protecciones anticaídas en luminarias.
- El 100% de los establecimientos presentan falta de mantenimiento y control de los sensores y luces de emergencia para garantizar su correcto funcionamiento.
- En el 75% de los establecimientos (salvo en El Palomar): falta de estudio de carga de fuego que garantice la cantidad de extintores acorde a cada uno de los edificios y también señalética de salida.
- En el establecimiento El Reparo se verificó el depósito de sustancias combustibles en condiciones peligrosas de almacenamiento (en el interior de espacios sin ventilación).
- Las instalaciones eléctricas de las organizaciones Ananké, El Reparo y El Palomar (75% de las visitadas) presentan deficiencias que deberían repararse para evitar sobre cargas y corto circuitos.
- En la organización Ananké la ubicación de las estufas cercanas al acceso constituye un riesgo de incendio latente.

20. Prestación alimentaria

20.1. Dispositivos propios dependientes de la DGPSA (Casa Puerto y Casa Lucero) Pliego

Se observa el incumplimiento del Art. 45° del Pliego de Bases y Condiciones (PBC) respecto al remito de mercadería que provee la empresa BAGALA S.A: no se incluye el número de lista ni el menú a elaborar con los alimentos que se detallan.

De los 7 servicios de alimentación brindados (4 servicios en Casa Puerto y 3 servicios en Casa Lucero):

- En 3 de ellos (43%) no cumplen con el mosaico de menú programado, de acuerdo al Anexo A del PBC, ya sea por reemplazo en algún componente o por faltante.
- Se comprobó déficit de gramaje por ración en ambos centros de asistencia, en función de lo establecido en el Anexo A PBC: en Casa Puerto, la ración de carne estofada cubre un 41 % del gramaje establecido por pliego (faltante de 59%) lo que representa un déficit de 118 gramos de carne por ración; en Casa Lucero, la ración de flan de vainilla cubre un 64% (faltante del 36%) lo que representa un déficit de 83 gramos del postre por ración.
- Se verificó incumplimiento en las temperaturas de conservación de las viandas calientes al momento de su recepción respecto a lo estipulado en el Art. 46 PBC: en Casa Puerto y en Casa Lucero el control de la temperatura efectuado en los procedimientos resultó inferior al ideal establecido (superior a 65° centígrados).
- En Casa Lucero se observó el uso de material no apto para el traslado de alimentos en caliente, de acuerdo a lo establecido en el Art. 53 del PBC. El almuerzo se recibe en bandejas individuales plásticas con tapa dentro de un contenedor de telgopor (material no permitido para la conservación de alimentos).

20.2 Comunidades Terapéuticas conveniadas:

20.2.1. Equipos de frío

Se verificaron temperaturas inadecuadas (superiores a las ideales de refrigeración: 5° centígrados) en la conservación de alimentos perecederos en las comunidades terapéuticas El Reparó (debido a mal funcionamiento de los equipos de frío), El Palomar (por temperatura inadecuada por heladera de tipo familiar en mal funcionamiento) y Ananké (por poseer heladera de tipo familiar con temperatura inadecuada).

20.2.2. Mantenimiento edilicio

Falta de protección a través de malla mosquitera en ventanas de la cocina que dan al exterior para evitar el ingreso de vectores: en El Reparó y en El Candil. En esta última se verificó también falta de protección lumínica.

20.2.3. Espacio destinado al depósito de los alimentos en stock

- Posee falta de higiene general en: El Palomar, El Reparó y en El Candil. En este último se observaron vectores (cucarachas) sobre cajas de alimentos estibadas sobre el piso. En el Reparó se observó la presencia de vectores (moscas).

• Condiciones inadecuadas en el Reparo: se encuentra ubicado en un subsuelo sin ventilación y en malas condiciones de mantenimiento. Se observó humedad en paredes y en el techo, óxido en las estanterías, alimentos sobre el piso, y alimentos conservados a una temperatura inadecuada para alimentos que requieren refrigeración.

20.2.4. Zona de cocina

- En Ananké: falta de mantenimiento edilicio e higiene del sector donde se manipulan y elaboran las comidas a diario: paredes con cerámicos rotos y faltantes, y espacios con cemento sin el revestimiento adecuado (material no apto en zonas de manipulación de alimentos por riesgo de contaminación física). Suciedad adherida en cerámicos y pisos
- En El Candil: insuficiente higiene general de la cocina: se verificó suciedad adherida en piso, paredes e interior de equipos de frío con restos de alimentos.

20.2.5. Libretas sanitarias

En El Palomar: el personal contratado para la elaboración de las comidas diarias y a cargo del sector de manipulación de alimentos no posee libreta sanitaria ni curso de manipulador de alimentos.

20.2.6. Alimentos vencidos y en sobre stock

- En Ananké: se comprobó en la heladera, y se retiraron de la misma, alimentos con su fecha de durabilidad vencida: yogurt firme La Serenísima con fecha de vencimiento 02/11/2018, postre arroz con leche marca Tregar con fecha de vencimiento 11/09/2018, yogurt firme marca Ser con fecha de vencimiento 26/11/2018, alfajores chocoarroz con fecha de vencimiento 14/11/2018, barras de arroz ChocoBar Gallo con fecha de vencimiento 02/12/2018 y 13/11/2018 y obleas de arroz marca Gallo con fecha de vencimiento 14/11/2018.
- En El Candil: se observó falta rotación del stock de alimentos perecederos conservados en depósito. Se encontró: sobre stock de mayonesa clásica marca Hellman's con fecha de vencimiento 08/12/2018, Vitina clásica cajas por 250 gr. sin fecha de caducidad, cajas de premezcla para torta marca Exquisita con fecha de vencimiento 4/10/2018 (vencida), cajas de Sopa Quick marca Knorr con fecha de vencimiento 11/11/2017 (vencida), galletitas crackers marca Ser con fecha de vencimiento 18/11/2018 (vencida), bolsa a granel de 25 kg. de garbanzos proveniente del banco de Alimentos con fecha de vencimiento 26/11/2018 (vencida).
- En El Palomar: se verificó sobre stock de los alimentos vencidos: mayonesa Hellman's clásica fecha de vencimiento 02/12/2018 (10 cajas de 20 unidades de sachet de 125 cm3. cada uno); cubos de caldo sabor carne con fecha de vencimiento 27/04/2018 (39 cajas de 24 cubos de 19 gr. cada uno), fiambre para emparedado marca El Bierzo con fecha de vencimiento 29/11/2018 (1 horma entera de peso aproximado 6 kg.).

20.2.7. Menús

- En El Reparo el menú del almuerzo del día del procedimiento posee un desbalance nutricional respecto de los macronutrientes que aporta. El menú resulta escaso en su aporte proteico, nulo en hidratos de carbono y alto en fibra de origen vegetal.
- En Ananké: los menús poseen un desbalance de nutrientes en función el aporte diario. Se repite el consumo de alimentos en el mismo día (almuerzo y cena). Hay días sin aporte proteico de origen animal. No hay planificación de menús especiales para personas alojadas con patologías crónicas.

20.2.8. Análisis de agua

En el Reparo se verificó la falta de control y seguimiento respecto a los análisis fisicoquímicos del agua de consumo. Se tomó vista del análisis bacteriológico y físico químico del agua realizado durante el año 2016 por el Laboratorio BioCult-Control. El resultado del bacteriológico resultó potable; no así el físico-químico donde detalla que los parámetros analizados no cumplen con la Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo N° 19587 Art. 58 Dec. 351/79. Respecto a este resultado, no se volvió a repetir el análisis para confirmar su resultado y tomar las medidas pertinentes o bien descartarlo.

20.2.9. Conservación de alimentos

- En El Reparo: se observaron alimentos conservados en el interior de los equipos de frío sin protección física potenciando el riesgo de contaminación cruzada entre ellos
- En El Candil:
- Se comprobó la falta de rotulación en la conservación de las carnes dentro de los equipos de frío a temperatura de congelamiento, desconociendo su procedencia y durabilidad.
 - Existencia de riesgo de contaminación cruzada al conservar en el mismo equipo de frío y en contacto directo, carne vacuna cruda sin rotular con postres lácteos listos para consumir.

20.3. Fiscalización y control del servicio de alimentación

20.3.1. Se verificó la falta de fiscalización y control sobre las comunidades terapéuticas conveniadas con el GCABA: el área a cargo de realizar las evaluaciones, fiscalizaciones y/o controles sobre servicios de alimentación, Unidad Nutrición y Control del Servicio Alimentario, (UNYCSA) no trabaja con las instituciones conveniadas. Tampoco la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria (DGHySA): no cuenta con antecedentes de controles efectuados. Esta situación conlleva a que las prestaciones alimentadas de las comunidades terapéuticas conveniadas no sean objeto de control por parte del GCBA.

20.3.2. La DGPSA no recibe copias de los resultados de las fiscalizaciones, evaluaciones y controles realizados por UNYCSA en los dispositivos bajo su dependencia.

20.3.3. La DGPSA no ha recibido copias formales, ni comunicación alguna, de las actas de incumplimiento labradas por UNYSCA en los dispositivos bajo su dependencia.

VII. RECOMENDACIONES

1. De la Normativa

1.1. De los protocolos de intervención para dispositivos y sectores de la DGPSA

1.1.1. Ampliar los contenidos de los protocolos aprobados de los dispositivos y sectores dependientes de la DGPSA a fin de incluir plazos de acciones y circuitos; herramientas de medición y evaluación de gestión y cantidad de integrantes de equipos profesionales.

1.1.2. Profundizar el Protocolo aprobado para la Gerencia Operativa de Prevención para incluir los procedimientos y circuitos y las articulaciones con áreas dependientes de la Gerencia de Asistencia Social.

2. De la Información suministrada por la DGPSA

2.1. De las observaciones generales y 2.2. De las estadísticas

Verificar que las nuevas bases de datos instrumentadas en la DGPSA aseguren la sistematización de información estadística centralizada, íntegra, confiable y disponible respecto a población beneficiaria de la totalidad de las actividades de asistencia y prevención, así como respecto a los RR.HH.

3. De los RR.HH. de la DGPSA

3.1. De la dotación de RR.HH. de la DGPSA

3.1.1. y 3.1.2. Instrumentar las acciones pertinentes para garantizar en la dotación de los dispositivos propios en función de las prestaciones brindadas: la conformación mínima prevista en las leyes de Salud Mental en sus equipos interdisciplinarios; personal para tareas de mantenimiento y Licenciado en Nutrición.

3.1.1. y 3.1.2. Ampliar la dotación destinada a tareas de supervisión a fin de mejorar la eficacia de las supervisiones institucionales e incorporar especialistas en nutrición e infraestructura / arquitectura y/o higiene y seguridad.

3.2. Del análisis de legajos de la DGPSA

Arbitrar las acciones conducentes para completar los legajos recursos humanos de la dotación de los dispositivos propios, en todas sus modalidades de revista y contratación, a fin de que contengan la totalidad de la documentación requerida.

4. Del análisis presupuestario / contable

4.1. Respecto a las observaciones generales

4.1.1 Dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 48 y el artículo 49 de la Ley 70, con relación a la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto para cada ejercicio. Asimismo, acreditar la confección del correspondiente Plan Anual de Compras. Contar con la correspondiente planificación de los gastos posibilitará la disminución del monto de las modificaciones presupuestarias realizadas en el presupuesto sancionado.

4.1.2 Adecuar la formulación del presupuesto a la estructura de la DGPSA (Programa N° 71) para que la apertura presupuestaria incluya exclusivamente dependencias que funcionan bajo su órbita, y no como ha sido el caso de la Actividad N° 4 “Observatorio de Adicciones” durante el período auditado.

4.2. De las modificaciones presupuestarias

4.2.1 Dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 63 de la Ley 70 respecto a la obligación de publicar las modificaciones presupuestarias en el Boletín Oficial dentro de los 5 días de firmada la resolución correspondiente.

4.2.2 Brindar de manera completa, integral y oportuna la información y documentación requerida por la AGCBA para el marco de los procedimientos de auditoría.

4.3. Del sistema informático para liquidación de pagos

Asegurar que el nuevo sistema de liquidación⁶⁸ garantice la adecuada gestión y el control de las liquidaciones de la totalidad de las organizaciones conveniadas, con el control de la información sobre las prestaciones por parte de la DGPSA y con protocolos para gestión de integridad, confiabilidad y seguridad de la información.

4.4. De las Carpetas de pago de la muestra

Respecto a las observaciones generales

4.4.1. Brindar de manera completa, integral y oportuna la información y documentación requerida por la AGCBA para el marco de los procedimientos de auditoría.

4.4.2. Imputar al Presupuesto de la Actividad 3 del Programa 71 únicamente los gastos por la prestación de servicios brindados que se corresponden con el objeto de la mencionada Actividad.

4.4.3. Imputar al Presupuesto de la Actividad 4 del Programa 71 únicamente los gastos por la prestación de servicios brindados que se corresponden con el objeto de la mencionada Actividad. Imputar los gastos de la Actividad 4 al Programa presupuestario correspondiente a su dependencia funcional real.

4.4.4. Imputar al Presupuesto de la Actividad 5 del Programa 71 únicamente los gastos por la prestación de servicios brindados que se corresponden con el objeto de la mencionada Actividad.

⁶⁸ En la etapa de descargo del presente Informe se encuentra en proceso en la Agencia de Sistemas de Información.

Del análisis de las carpetas de pago de la muestra

4.4.5. Imputar al Presupuesto del Programa 71 únicamente los gastos por la prestación de servicios brindados para el programa mencionado dentro del período auditado.

4.4.6. Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 2095 en cuanto a los procedimientos de contratación. Evitar la utilización del Decreto N° 556/2010 y modificatorias, dado que el mismo constituye un mecanismo de pago y no una modalidad de contratación.

Del análisis de Cajas Chicas

4.4.7. Evitar la utilización de cajas chicas para afrontar erogaciones para las que se han contratado los servicios de empresas (alimentos), y dejar constancia de la elaboración del Plan de Anual de Compras a fin de constatar la justificación de su utilización para erogaciones cotidianas no contempladas en dicho instrumento.

4.4.8.

- Verificar que la documentación que conste en las cajas chicas sea completa e íntegra, con la constancia de la firma del representante o responsable a cargo de la empresa prestadora en los presupuestos presentados.
- Ejecutar la correcta imputación presupuestaria de los gastos, a fin de gestionar su adecuada ejecución y control.

4.4.9.

- Verificar que la documentación que conste en las cajas chicas sea completa e íntegra, con la constancia del Formulario de Solicitud de Entrega de Fondos.
- Ejecutar la correcta programación e imputación presupuestaria, a fin de gestionar su adecuada formulación, ejecución y control.

De los subsidios a organizaciones conveniadas

4.4.10.

- Incorporar en los Expedientes Electrónicos todos los actos administrativos y documentación respaldatoria que justifiquen los gastos realizados de los subsidios a instituciones conveniadas.
- Adecuar la modalidad de efectivizar el subsidio a la Fundación Niños de la Argentina a la que efectivamente brinda.

4.4.11.

- Asegurar que mediante el nuevo sistema de liquidación se garantice la adecuada gestión de las liquidaciones de la totalidad de las organizaciones conveniadas de acuerdo a las prestaciones efectivamente brindadas a cada una de las personas en tratamiento: plazos de internación, registro de las personas en tratamiento, fechas de ingreso y egreso, cálculo correcto de la liquidación de pago.

- Generar mecanismos de supervisión a fin de mejorar el control interno de los circuitos de liquidación.

5. De las metas físicas / Informes trimestrales de gestión

5.1. De las metas programadas 2016

Desarrollar una metodología de planificación de metas físicas que permita una mejor proyección en cuanto a la población destinataria de las dos actividades que integran el Programa y sus criterios de elegibilidad.

5.2. De las metas ejecutadas 2016

Desarrollar una metodología de cuantificación de metas físicas que permita cuantificar adecuadamente la producción y la eficacia del Programa en el ejercicio presupuestario correspondiente.

6. De los informes de gestión / población potencial

Mejorar los informes de gestión desarrollados con la cuantificación de indicadores de gestión y de sus resultados, en función de la población objetivo; los objetivos y las responsabilidades, acciones y objetivos establecidos para la DGPSA y sus Gerencias (a nivel Programa y actividades).

7. De las acciones de Prevención

7.1. De los Centros de prevención

7.1.1. Disponer la dependencia de los efectores bajo la órbita de la Gerencia Operativa de Prevención Social, tal como establecen las normativas vigentes. En su defecto: generar instancias de articulación formal entre ambas Gerencias para la gestión de actividades de Prevención y actualizar y/o requerir la modificación de las normativas vigentes.

7.1.2. Ampliar las actividades de prevención, garantizando su desarrollo en dispositivos ubicados en la totalidad de las comunas de la CABA.

7.2. De la Planificación

- Desarrollar un diagnóstico y la elaboración de indicadores de gestión respecto a las acciones y actividades de la Gerencia Operativa de Prevención.

- Verificar el registro de las consultas y derivaciones en la nueva base implementada para la información gestionada en la Gerencia Operativa de Prevención. Instrumentar la realización de los planes estratégicos previstos en la normativa mencionada y dejar constancia de los mismos en el nuevo Protocolo aprobado por la Disposición N° 455-2019.

7.3. De las capacitaciones

Verificar que el nuevo sistema de registro de la Gerencia Operativa garantice la identificación de las personas distintas que asisten a las capacitaciones, y articular con la Gerencia Operativa de CPIs para ampliar la cobertura a las actividades de capacitación.

8. De las acciones de Asistencia Social a cargo de la DGPSA

8.1. Ampliar la oferta de los dispositivos de asistencia conforme a lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Salud Mental de la CABA para promover la reinserción social y sociolaboral de las personas externadas de los tratamientos. Priorizar, en ese sentido, a aquellas organizaciones ya conveniadas en otras modalidades, que pueden brindar ese tipo de prestaciones puesto que cuentan con los dispositivos especializados.

8.2. Crear y actualizar el Registro de los Centros de Tratamiento y registrar de manera sistemática las vacantes para las modalidades de atención.

9. De las articulaciones DGPSA y CDNNyA

Generar un circuito de articulación entre la DGPSA y el CDNNyA para la circularización de los informes de supervisión y monitoreo de ambos organismos respecto a la atención de niños, niñas y adolescentes en dispositivos de asistencia de adicciones.

De los convenios con organizaciones que brindan asistencia en adicciones

10.1. De los Modelos de convenios.

10.1.1. a 10.1.4. Arbitrar las acciones conducentes a fin de que los convenios suscriptos establezcan: fechas / períodos precisos de presentación de informes por parte de las organizaciones conveniadas; las posibles sanciones en caso de incumplimientos; las obligaciones de las organizaciones de internación respecto a todas las necesidades de las personas durante los tratamientos; los tipos de informes a ser presentados por las organizaciones (por ejemplo puede contemplarse la obligación de presentar los informes evolutivos que la DGPSA ya está solicitando a parte de las organizaciones).

10.1.5. Verificar que en el convenio se detalle la población destinataria específica (perfiles y franja etaria) de los tratamientos de la organización con la cual se suscribe.

10.1.6. Arbitrar las acciones conducentes para que en los convenios se establezca la obligación por parte de las organizaciones de notificar a la DGPSA de los cambios en el proyecto institucional que se adjunta -y se aprueba con el correspondiente convenio-, así como en las propuestas terapéuticas y población destinataria de sus tratamientos para los cuales se compromete a ofrecer vacantes.

10.2. De los montos de las becas

Arbitrar las acciones conducentes para determinar un criterio basado en parámetros e indicadores técnicos y/o de organismos reguladores para fijar y actualizar los montos de las becas de cada modalidad en los respectivos convenios suscriptos.

10.3. De la documentación exigida para la suscripción de convenios

10.3.1. De los expedientes relevados en la Dirección de Contaduría General, 10.3.2. De la inscripción en el CENOC y 10.3.3. De la inscripción en el CIOBA

Verificar que las organizaciones conveniadas presenten la totalidad de la documentación exigida para la suscripción de los respectivos convenios, y que dicha documentación se agregue en los expedientes correspondientes.

11. Del circuito de Admisión y Derivación, Evaluación (ASA)

11.1, 11.2., 11.3 y 11.5. Verificar que el nuevo sistema de registro y gestión de información de beneficiarios para el Centro de Admisión y Derivación (ASA) garantice el registro y supervisión de: negativas por parte de las organizaciones ante solicitudes de vacantes; la comunicación de cambios en los proyectos y propuestas terapéuticas de las organizaciones; el registro de la supervisión del circuito de admisión, evaluación y/o derivación y la constancia de la elección de cada organización conveniada y propia en función del perfil de la misma.

11.4. Generar mecanismos de articulación del área con los centros denominados “proyectos comunitarios”.

Respecto a los procedimientos en dispositivos propios y organizaciones conveniadas

De los dispositivos propios

12. Del análisis de las historias clínicas de la muestra

12.1 De las observaciones generales de las historias clínicas

Garantizar que en las historias clínicas de las personas en tratamiento en los dispositivos propios: conste el consentimiento informado; los registros de las intervenciones profesionales y de personal técnico / operativo y se asegure su correcta foliatura.

Del análisis por dispositivo / sector

12.2. De las historias clínicas analizadas en ASA

Garantizar que en las historias clínicas (legajos) del Área de Admisión y Evaluación (ASA) conste la documentación completa y contenidos mínimos previstos, garantizar su legibilidad, así como la acreditación del control de supervisión para la mejora del control interno.

12.3. De las historias clínicas analizadas en Casa Puerto, 13.4. De las historias clínicas analizadas en el CIAC San Cristóbal y 13.5. De las Historias clínicas analizadas en Casa Lucero

- Garantizar que se registren de forma actualizada, completa y periódica los asientos profesionales y del personal técnico/operativo -y que conste la documentación completa- en las historias clínicas de las personas en tratamiento en los dispositivos propios, de acuerdo a lo establecido en las normativas vigentes.
- Acreditar el control de supervisión de las historias clínicas para la mejora del control interno.

De las organizaciones conveniadas

13. De los RR.HH. y dotación de equipos profesionales de las organizaciones de la muestra

13.1. De los legajos analizados en la muestra

- Supervisar que los legajos de los recursos humanos de la dotación de las organizaciones conveniadas estén debidamente foliados, ordenados y completos de acuerdo a los requisitos establecidos por los Protocolos de intervención de la DGPSA.
- Arbitrar las acciones pertinentes para garantizar en la dotación de las organizaciones conveniadas la conformación mínima de los equipos interdisciplinarios establecida en las leyes de Salud Mental.

13.2. De los legajos de RR.HH. de profesionales de la Salud

Supervisar que en los legajos de los recursos humanos de la dotación de profesionales de la salud de las organizaciones conveniadas consten las correspondientes certificaciones de la Superintendencia de Servicios de Salud / Ministerio de Salud.

13.3. De los legajos de los centros ambulatorios barriales

Verificar que se confeccionen legajos del total de los recursos humanos a cargo de las prestaciones en adicciones de la dotación de cada una de las organizaciones conveniadas.

14. De las historias clínicas en organizaciones de la muestra

14.1. Observaciones generales, 14.2. Historias clínicas de la muestra y 14.3. Historias clínicas del centro ambulatorio Hay Otra Esperanza

- Supervisar que se confeccionen historias clínicas de cada una de las personas en tratamiento de todas las organizaciones conveniadas.
- Instituir un formato estandarizado de historia clínica para las organizaciones conveniadas.
- Supervisar que las historias clínicas de las personas en tratamiento en las organizaciones conveniadas: garanticen la actualización periódica de los asientos profesionales y de personal técnico/operativo; estén correctamente foliadas; completos sus registros y acrediten la constancia de documentación de acuerdo a lo establecido en las normativas vigentes.
- Supervisar que se garanticen las condiciones adecuadas de guarda y custodia de las historias clínicas de todas las personas en tratamiento en las organizaciones conveniadas.

15. De las habilitaciones sanitarias en organizaciones de internación de la muestra

Supervisar que la ocupación efectiva (cantidad de plazas ocupadas) de las organizaciones de internación no supere la establecida en las correspondientes habilitaciones. En caso de superarla, gestionar su adecuación con la organización y, de continuar, realizar las gestiones ante las autoridades pertinentes.

16. De la Fundación Niños de la Argentina

Brindar de manera completa, integral y oportuna la información y documentación requerida por la AGCBA en el marco de los procedimientos de auditoría.

17. De los informes evolutivos

17.1. De las observaciones generales

17.1.1. Formalizar la estandarización del diseño de los informes evolutivos con la incorporación de criterios contemplados en las leyes de Salud Mental.

17.1.3 y 17.1.4. Establecer los circuitos dejar constancia de la presentación de informes por parte de la totalidad de los dispositivos propios. Arbitrar las medidas para la presentación de informes por parte de la totalidad de las organizaciones conveniadas como establecen los convenios suscriptos.

17.1.2. Implementar registros de la supervisión de los informes por parte de las áreas de conducción a fin de fortalecer el control interno por parte de la DGPSA.

17.2. De los informes evolutivos en muestra de historias clínicas en ASA

- Garantizar la puesta a disposición de la totalidad de los registros y documentación solicitada por la AGCBA y el debido resguardo de las historias clínicas.

- Implementar mecanismos para garantizar la constancia en las historias clínicas de la totalidad de los informes evolutivos mensuales, en concordancia con los períodos de tratamiento.

18. De los informes de supervisión de la DGPSA

18.1. De las observaciones generales

- Instrumentar la supervisión institucional de la totalidad de las organizaciones conveniadas y los dispositivos dependientes de la DGPSA, con la elaboración de su correspondiente informe de supervisión como constancia, cumpliendo, como mínimo, con la frecuencia que determine el Protocolo de Supervisión Institucional.

- Instrumentar mecanismos para garantizar el registro de la identidad de los supervisores a cargo de las supervisiones en los correspondientes informes de supervisión institucional y acreditar el control por parte de las áreas de conducción a fin de fortalecer el control interno.

18.2. De las organizaciones supervisadas de la muestra

18.2.1. y 18.2.2. De las organizaciones supervisadas

Implementar mecanismos para garantizar la notificación de los informes de supervisión a las organizaciones, y que las visitas de los supervisores queden debidamente registradas en los libros de inspección / supervisión en el día en que efectivamente se llevaron a cabo.

De los informes de supervisión

18.2.3, 18.2.4 y 18.2.6. Implementar los mecanismos necesarios para que los informes de supervisión cuenten con: foliatura, plazos de resolución ante situaciones irregulares, la

constancia de la revisión de la totalidad de los legajos (historias clínicas) de las personas en tratamiento y la constancia de entrevistas a todas las personas en tratamiento presentes y la constancia individualizada de los motivos de la falta de entrevistas. Para este último caso tomar los recaudos necesarios para que si continúan en tratamiento estén presentes en la siguiente visita institucional a fin de ser entrevistados.

18.2.5. Implementar mecanismos para acreditar la supervisión de los informes por parte de las autoridades de conducción de la DGPSA para fortalecer su control interno.

18.3. De la frecuencia de las supervisiones en organizaciones de la muestra / Días de permanencia en el tratamiento

Implementar los mecanismos necesarios para relacionar la periodicidad de las supervisiones a los tiempos reales de permanencia en el tratamiento.

19. De la planta física

De los dispositivos propios de la muestra

19.1. De las consideraciones generales

19.1.1. Programar y ejecutar el mantenimiento preventivo de ambos dispositivos.

19.1.2. Confeccionar un protocolo con plazos para los circuitos de solicitudes a las demandas de reparaciones o correcciones. Implementar mecanismos de supervisión para verificar el cumplimiento de los circuitos.

19.1.3. Gestionar la realización de los planes de evacuación correspondientes.

20.1.4. Disponer de una dotación mínima de RR.HH. en cada dispositivo -o cuadrilla en la DGPSA que rote por los dispositivos- para mantenimiento y reparaciones menores.

19.2. De las condiciones de la planta física y de seguridad: procedimiento en Casa Puerto

- Verificar las reparaciones y tareas efectuadas por la DGINFS: limpieza de los techos y canaletas; construcción de una nueva mesa (y reemplazo de la anterior); reemplazo de los matafuegos con carga vencida e instalación de los matafuegos en coincidencia con el plan de evacuación.

- Verificar la realización del relevamiento y reparaciones y tareas de mantenimiento / equipamiento pendientes por parte de la DGINFS.

- Controlar la correcta instalación de los ventiladores de techo y su balance.

19.3. De las condiciones de la planta física y de seguridad: procedimiento en Casa Lucero

- Verificar la realización del relevamiento de la situación, elaboración del plan de acción y realización de las obras y tareas de reparación, mantenimiento y equipamiento (señalética, climatización, barral antipánico) por parte de la DGINFS.

- Disponer el retiro de los alimentos y artículos de limpieza del pasillo de servicio.

19.4. De las organizaciones conveniadas de la muestra

19.4.1. De las condiciones de la planta física y de seguridad: procedimiento en las organizaciones de la muestra

Supervisar que en las instalaciones de las organizaciones conveniadas:

- Los baños cuenten con sus artefactos, accesorios y elementos de aseo completos y en buen estado de conservación;
- Las luminarias cuenten con protecciones anti caídas;
- Los sensores de humo y las luces de emergencia funcionen correctamente y se conserven en buen estado;
- Se confeccione un estudio de carga de fuego que adecue los extintores al lugar y se instale la señalética;
- No se almacenen sustancias combustibles en el interior de los edificios o lugares sin ventilación;
- Se reparen las instalaciones eléctricas deficientes con la finalidad de evitar sobrecargas y cortocircuitos;
- Las estufas estén ubicadas en lugares seguros y no presenten riesgo de incendio.

20. De la prestación alimentaria

20.1. De los dispositivos propios dependientes de la DGPSA (Casa Puerto y Casa Lucero)

Del Pliego y servicios de alimentación brindados en procedimientos

Verificar el cumplimiento del pliego de bases y condiciones, respecto a:

- Artículo N° 45: en relación a los requisitos para la formulación de los remitos de mercadería entregada por las empresas proveedoras de alimentos. El artículo detalla la información que debe contener el remito para poder realizar el control de la mercadería no solo por el efector sino también por otras áreas y por los organismos de control.
- Anexo A: establece los mosaicos de menús con sus gramajes por ración de alimentos, destacando el control en la cantidad de mercadería entregada, como así también en la elaboración y servido de los mismos.
- Artículo N° 46: establece las temperaturas óptimas para alcanzar la seguridad alimentaria en la prestación brindada.
- Artículo N° 53 en relación a los contenedores de alimentos utilizados para su traslado. El artículo detalla expresamente que deberán ser de material que asegure el mantenimiento de la cadena de frío o de calor (por ejemplo de plástico reforzado con fibra de vidrio-PRFV), con una aislación de poliuretano, y poseer una eficiente barrera contra el vapor. No se aceptará el uso de contenedores de telgopor o plástico común.

20.2. De las comunidades Terapéuticas conveniadas

20.2.1. De los equipos de frío

Supervisar que todas las organizaciones posean los equipos de frío en correctas condiciones de uso para evitar cortes en la cadena de frío de los alimentos perecederos que en ellos se conservan.

20.2.2. Del mantenimiento edilicio, 20.2.3. Del espacio destinado al depósito de los alimentos en stock y 20.2.4. De la zona de cocina

- Supervisar que en las organizaciones se lleven a cabo las tareas de mantenimiento edilicio e higiene necesarias en tiempo y forma, como así también que se cuente con las herramientas necesarias de protección en aberturas para evitar el ingreso de vectores a los sectores de manipulación y en los depósitos de alimentos.
- Verificar el cumplimiento de las normas básicas de higiene y sanitización de todos los sectores afectados a la elaboración de alimentos.

20.2.5. De las libretas sanitarias

Supervisar el cumplimiento de la normativa vigente respecto a que toda persona que realice actividades por la cual esté o pudiera estar en contacto con alimentos, en establecimientos donde se elaboren, fraccionen, almacenen, transporten, comercialicen alimentos, o sus materias primas, debe estar provista del carnet de manipulador de alimentos, expedido por la autoridad sanitaria competente, con validez en todo el territorio nacional (Art. 21 Código Alimentario Argentino).

20.2.6. De los alimentos vencidos y en sobre stock

Acentuar los controles de stock de alimentos en las organizaciones, priorizando la durabilidad de los mismos, no permitiendo el sobre stock ni el consumo de alimentos vencidos.

20.2.7. De los menús

Supervisar que los mosaicos de menús de las comidas diarias que se brindan en las organizaciones sean planificados por un profesional idóneo (Lic. en Nutrición) para que su aporte nutricional sea el adecuado para la población asistida.

20.2.8. Del análisis de agua

Supervisar que en todas las organizaciones se realicen los controles y seguimientos certificados respecto a los análisis físico-químicos del agua de consumo.

20.2.9. De la conservación de alimentos

Supervisar que se apliquen las buenas prácticas de manufactura en la manipulación de alimentos, según el Código alimentario Argentino- Capítulo II; para evitar enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS) en situaciones de contaminación cruzada.

20.3. De la fiscalización y control del servicio de alimentación

20.3.1. Arbitrar las medidas conducentes para que se lleve a cabo la fiscalización y control de los servicios alimentarios brindados en las organizaciones conveniadas, a cargo del área que realiza las evaluaciones, fiscalizaciones y/o controles sobre servicios de alimentación: Unidad Nutrición y Control del Servicio Alimentario (UNYCSA).

20.3.2. y 20.3.3. Instaurar un circuito formal de articulación entre la DGPSA y la Unidad Nutrición y Control del Servicio Alimentario (UNYCSA) para la recepción de los informes de resultados y actas de incumplimiento resultantes de las fiscalizaciones, evaluaciones y controles realizados en los dispositivos dependientes de la DGPSA por parte de UNYCSA.

VIII. CONCLUSIÓN

Durante el examen efectuado a la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones se ha detectado la necesidad de generar indicadores de gestión y de mejorar la cuantificación de la programación y ejecución de las metas para dar cuenta del alcance real del Programa en términos de eficacia.

La falta de ampliación de la oferta de dispositivos y la adecuación de los equipos interdisciplinarios respecto de lo establecido en ley de Salud Mental; han sido otras de las debilidades detectadas.

Se han señalado falencias de índole presupuestarias, como la responsabilidad de la Administración por la utilización de modalidades de contratación de excepción sin una adecuada justificación y la incorrecta imputación de gastos.

Se desprende la importancia de que el GCBA perfeccione los modelos de los convenios suscriptos con las organizaciones que brindan tratamientos de asistencia y que defina criterios para establecer y actualizar los montos de los subsidios.

Es responsabilidad de la DGPSA exigir la debida presentación de informes de todos los establecimientos y que se completen las historias clínicas; además de mejorar la supervisión institucional, la cual debería ajustarse a los tiempos reales de tratamiento.

Entre otros desafíos a profundizar se detectaron las cuestiones vinculadas a la planta física en dispositivos propios y conveniados, con el necesario fortalecimiento de circuitos con la Dirección General de Infraestructura Social. Igualmente resulta necesario contar con profesionales en esta materia y en Nutrición para supervisar la planta física, condiciones de habilitación y la prestación alimentaria de los establecimientos de todas las modalidades.

En Prevención se ha remarcado la importancia de ampliar las actividades en en todas las comunas, y dejar constancia de planes estratégicos y documentos diagnósticos.

Por otro lado, se recalca que al finalizar la labor de esta auditoría se han implementado acciones correctivas, entre las que se destaca la aprobación formal por parte de la DGPSA de su Protocolo General de Intervención (Disposición N° 455-2019) y la aprobación de la estructura orgánico funcional hasta el nivel de jefatura en correspondencia con la estructura real (Resolución 2019-2750-GCABA-MEFGC).

También al término del examen se han realizado mejoras respecto a: la formalización de protocolos internos; la centralización y sistematización de datos estadísticos; el diseño del sistema de registro y gestión de beneficiarios; el aplicativo de liquidación de pagos a prestadores; la difusión de contenidos en la página web del GCBA; la generación de instancias de articulación entre sectores internos.

Para finalizar, se subraya la importancia de que el ente auditado fortalezca los avances implementados y que se tengan en cuenta los aportes de este informe como insumos constructivos para la mejora de la gestión.

ANEXO I: Dispositivos de Asistencia DGPSA 2016 a 2018

Nombre del Dispositivo / Institución	Tipo	Modalidad de Tratamiento
Casa Flores	Propio	Centro de Día de Atención Comunitaria jóvenes/adultos
Casa Lucero	Propio	Centro de Día de Atención Comunitaria NNA y jóvenes
Casa Puerto	Propio	Dispositivo de internación para NNyA
Casa Fátima	Propio	Centro Comunitario de Prevención y Asistencia
Centro Admisión, Evaluación y Derivación	Propio	Dispositivo de admisión, evaluación y derivación
CIAC LUGANO I	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC LUGANO II	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC OCULTA	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC CARRILLO	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC LA BOCA	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC INTA	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC SAN CRISTOBAL	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
CIAC PATERNAL	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial Villa 31	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial Villa Mitre	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial ALMAGRO BOEDO	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial Villa 21,24	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Asociación Civil A.C.I.A.R - El Reparó	Conveniada	Internación (dos sedes) y ambulatorio
Asociación Civil Raíces	Conveniada	Internación
Programa Despertares	Conveniada	Internación
Fundación Candil	Conveniada	Internación y duales
Fundación Manantiales	Conveniada	Internación (dejó de prestar servicios) y ambulatorio
Programa Por Decir	Conveniada	Internación
Fundación Araucaria	Conveniada	Internación y duales
Asociación Civil El Palomar	Conveniada	Internación
Fundación Creer es Crear	Conveniada	Internación y duales
Fundación San Mateo	Conveniada	Internación
Asociación Civil Ananké	Conveniada	Internación y duales (dos sedes)
Asociación Civil El Almendro	Conveniada	Ambulatorio
Fundación Convivir	Conveniada	Ambulatorio
Fundación Dehum	Conveniada	Ambulatorio
Fundación Niños de la Argentina	Conveniada	Internación (se dejó de derivar en 2018)
Parroquia Madre de Dios	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Parroquia Santa María Madre del Pueblo	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Parroquia Cristo Obrero	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Parroquia Caacupé	Conveniada	Ambulatorio e Internación (Proyecto comunitario)
Asociación Civil Hay Otra Esperanza	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Cooperativa Puentes Limitada	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Parroquia Virgen Inmaculada	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Parroquia PACO LIMITADA	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
2017 (se suman)		
Dispositivo Territorial Barrio 21 / 24	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial Almagro / Boedo	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria

Dispositivo Territorial Barrio 31	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Dispositivo Territorial Villa Mitre	Propio	Centro de Intervención Asistencial Comunitaria
Identidad Minesotta	Conveniada	Internación
2018 (se suman)		
Parroquia Nuestra Señora del Carmen	Conveniada	Ambulatorio (Proyecto comunitario)
Asociación Civil Alas de Libertad	Conveniada	Ambulatorio

Anexo II Perfil poblacional de la DGPSA

Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas de en CABA

El equipo de auditoría ha procedido a relevar información referida a los datos poblacionales del año 2016 contabilizados por el Anuario Estadístico de la CABA del año 2017 de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad, así como también se han obtenido datos de estudios publicados por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación). Esta información presenta interés a fin de poder dar cuenta, sucintamente, del perfil de la población potencial destinataria de las políticas públicas de la DGPSA, por lo menos algunos de sus características sustanciales.

En este sentido, los datos expuestos a continuación tienen como objetivo presentar registros estadísticos que aporten sobre la necesidad pública en términos de población potencial tanto en Asistencia como en Prevención. También permiten la definición de prioridades de líneas y estrategias de acción, en función de datos de consumo de sustancias, por ejemplo según franjas etarias.

La planificación de la DGPSA, según consta en los datos vertidos anteriormente, ha rondado metas programadas de casi 34.000 a 38.000 (de 2015 a 2017) personas, con una ejecución de 34.000 a 28.000, respectivamente en actividades de Prevención y Asistencia.

De los datos del Anuario Estadístico de la Ciudad⁶⁹, se han extraído los siguientes datos relevantes, que podrían dar cuenta del nivel de cobertura de la tal planificación y ejecución:

- La estimación de la población total por sexo y grupo de edad en la CABA durante el año 2016 da como resultado un total de 3.059.122 personas, siendo 1.430.531 la cantidad de varones y 1.628.591 la cantidad de mujeres.
- La matrícula por sector de gestión por tipo de educación o modalidad educativa y nivel de enseñanza durante el año 2016 arrojó un total de más de 300.000 personas en la modalidad estatal de los niveles inicial a secundario. Similar ha sido la matrícula privada. Este número impacta en las acciones principalmente de Prevención.
- En relación a la cobertura médica, se estima que, del mencionado total poblacional, el 20% no cuenta con cobertura de obra social, prepaga o mutual, lo cual arroja un total entero de 611.824 personas sin cobertura médica.
- Sobre la distribución de ingresos por Canastas de Consumo, arrojan como resultado que los ingresos menores a la Canasta Alimentaria (CA) incluyen a un 3,9% de hogares de la Ciudad y a un 5,8% de la población.

De los estudios publicados por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de SEDRONAR, se recabaron diferentes datos sobre población de la CABA con información lo más pertinente posible al año auditado. A continuación, una síntesis de la información recabada (para acceso a los estudios completos, ver referencia⁷⁰).

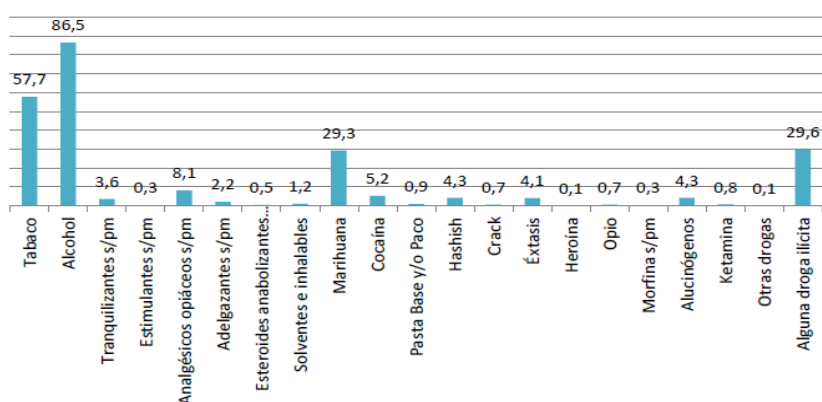
⁶⁹ <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=90432> Anuario Estadístico, con acceso 2/05/2019.

⁷⁰ <http://observatorio.gov.ar/index.php/epidemiologia/item/16-estudios-de-poblacion-general> con acceso 02/05/2019.

Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina, 2017. Principales resultados Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A continuación, algunas de sus conclusiones:

Prevalencia de vida (% de personas que declaran haber consumido la sustancia al menos una vez en su vida sobre el total de personas estudiadas):

Gráfico 1
Prevalencia (%) de vida de consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años. CABA 2017.



Fuente: SEDRONAR

En lo que respecta al consumo por edades, principales conclusiones:

- Analgésicos opiáceos sin prescripción médica, las prevalencias de vida manifiestan menores valores en el grupo etario más joven, de 12 a 17 años.
- Consumo de tabaco: menores tasas de consumo entre dicha población, superior al 50% a partir de los 18 años.
- Alcohol: tasas superiores al 80% para todas las edades. La mitad de los jóvenes de 12 a 17 años presenta este consumo (54,4%), valor menor al obtenido a nivel nacional (60,5%).
- Prevalencia de marihuana: mayores frecuencias en el tramo de 18 a 34 años: más del 40% de la población indicó este consumo.
- Consumo alguna vez en la vida de cocaína: se concentra entre los 35 y los 40 años.
- Prevalencia de vida de alguna droga ilícita: mayor proporción en la población de 18 a 34 años, más del 40% ha consumido alguna sustancia.

Prevalencia de año (% de personas que declaran haber consumido la sustancia en los últimos 12 meses anteriores a responder la encuesta, sobre el total de personas estudiadas):

**Prevalencia (%) de año de consumo de sustancias psicoactivas según género.
Población de 12 a 65 años. CABA 2017.**

Sustancia	Género	
	Varón	Mujer
Tabaco	36,1	29,5
Alcohol	82,6	72,8
Esteroides anabolizantes sin prescripción	0,1	0,0
Tranquilizantes sin prescripción médica	0,2	0,6
Estimulantes sin prescripción médica	0,0	0,3
Solventes e Inhalables (Naftas, Pegamentos, Pinturas, Popers)	0,1	0,0
Marihuana	18,2	14,3
Cocaína	1,7	0,6
Pasta Base y/o Paco	0,4	0,0
Éxtasis	1,2	1,1
Alucinógenos	1,1	0,7
Alguna droga ilícita	18,6	14,5

Fuente: SEDRONAR

La prevalencia de consumo en el último año, presenta las siguientes conclusiones:

Prevalencia (%) de año de consumo de sustancias psicoactivas según edad. Población de 12 a 65 años. CABA 2017

Sustancia	Edad					Total
	12-17	18-24	25-34	35-49	50-65	
Tabaco	5	46,2	34,6	29,1	30	32,7
Alcohol	39,2	84,9	88,5	77,2	69,5	77,4
Esteroides anabolizantes sin prescripción	0	0	0	0,2	0	0
Tranquilizantes sin prescripción médica	0	0,9	1	0	0	0,4
Estimulantes sin prescripción médica	0	0,9	0	0	0	0,2
Solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, popers)	0	9,3	0	0	0	0,1
Marihuana	5,2	24	33,8	13,3	1,9	16,2
Cocaína	0	1,1	0,6	2,5	0,3	1,1
Pasta base y/o paco	0	0,8	0,2	0	0	0,2
Éxtasis	2,1	3,7	0,8	0,9	0	1,2
Alucinógenos	2,1	2,1	1,9	0	0	0,9
Alguna droga ilícita	5,2	24,9	33,8	13,5	2	16,4

Fuente: SEDRONAR

En 2016 el Consejo de la Magistratura publicó el informe denominado “El PACO: informe sobre consumo y efectos en el Cinturón Sur de la CABA⁷¹”. Allí se realiza un análisis estadístico de la población adolescente residente en villas y asentamientos de la Ciudad,

⁷¹ <http://editorial.jusbaires.gob.ar/descargar/147.pdf> con acceso 16/05/2019.

el cual resulta útil para la caracterización de la población de los grupos comunitarios en las prestaciones ambulatorias de los centros barriales y las de asistencia en CIACs y DTs, así como en las de Prevención en general, principalmente.

En dicho estudio, se especifica que, si bien es difícil establecer con exactitud la población asentada en villas y asentamientos, el piso para el año 2015 rondaría las 200 mil personas. Asimismo, se indica que las villas y asentamientos de la zona sur (comunales 4 y 8) son espacios ocupados mayoritariamente por niñas/os y adolescentes, siendo casi la mitad de la población menor de 18 años: el 68% de los NNyA de estos espacios es pobre y el 22,4% indigente; perfil poblacional elegible de la política pública de la DGPSA tanto para el caso de prevención como en asistencia en adicciones. Por ejemplo:

- Con respecto a la cobertura de salud se afirma que entre los niños/as y adolescentes del estrato social de clase trabajadora marginal, el déficit de cobertura de salud a través de obra social, mutual o prepaga llegó al 66,8% en 2013.
- Los niños y adolescentes residentes en villas y asentamientos son las más afectadas por la falta de cobertura médica.
- La CABA presenta desigualdades entre el norte y el sur en las condiciones de vida, e inequidades de salud.
- Las condiciones de vida y de salud de la población adolescente y joven residente en villas y asentamientos expresan una de las situaciones de mayor inequidad social y vulnerabilidad programática y las villas y asentamientos constituyen el espacio social más relegado y postergado de la CABA.
- Respecto al consumo de drogas, se plantea que el escenario de barrios populares, villas y asentamientos presenta como rasgo distintivo una mayor susceptibilidad de que los usos de drogas devengan en consumos que generen problemas para la salud física y/o psíquica, fragilicen sus vínculos familiares y afectivos, profundicen los desencuentros con el ámbito escolar y el mundo del trabajo y multipliquen los conflictos con la policía y el sector judicial. Esta hipótesis se fundamenta en la combinación de las siguientes proposiciones:
 - Peores condiciones de vida y acceso desigual a recursos y oportunidades
 - Menores recursos estatales y comunitarios existentes tanto para la prevención y promoción de la salud, como para brindar respuestas en atención y tratamiento.
 - Escasos espacios recreativos, culturales y deportivos juveniles.
 - Disponibilidad de sustancias de peor calidad, mayor toxicidad y mayor nivel de dependencia.

Población asistida por la DGPSA: datos relevados en historias clínicas de la muestra

Tanto de las historias clínicas de dispositivos propios como conveniados de la muestra, se han relevado datos de interés respecto a la población asistida por la DGPSA durante el período auditado.

Los datos que constan en las historias clínicas no están digitalizados con lo cual la DGPSA no ha sistematizado ni generado estadísticas con la información obrante, ni se utiliza como

insumo de información para la gestión. A continuación la síntesis de la información relevada por el equipo de auditoría durante los respectivos procedimientos:

Dispositivos propios

ASA

En las 20 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Fuente de derivación: 15% espontánea (3 casos), 15% hospital público (3 casos) y 20% del CDNNyA (4 casos). Resto: desde Línea 108, CAINA, Centro de Régimen Cerrado, Familiares, Defensoría del Pueblo, Juzgado, Parador, DG Niñez y Adolescencia y SEDRONAR.
- Nivel de escolarización: 20% primario completo (4 casos), 20% primario incompleto (4 casos), 45% secundario incompleto (9 casos) y solo un caso registra secundario completo (5%). Un caso sin instrucción, y en otro caso no consta registro (5% por cada ítem).
- Situación laboral: 70% no constan registros (14 casos); en los casos restantes, el 10% desempleo (2 casos); mismo porcentaje estudiantes y empleados (2 casos por ítem).
- Consumo: exceptuando un caso donde no consta registro, la totalidad de las personas refiere "consumo de sustancias psicoactivas". El 90% consume más de una sustancia (18 casos): el 35% lo hace diariamente (7 casos), el 50% varias veces por semana (10 casos), y el 15% no consta registro (2 casos).
- El 100% no registra enfermedades.
- Grupo conviviente: el 70% registra grupo conviviente (14 casos) y el 14% de dichos casos el grupo es consumidor (2 casos)

Casa Puerto

En las 21 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Tiempo promedio de permanencia: 48 días.
- El 52,3% de los NNyA (11 historias clínicas) internados durante un período de entre 0 y 30 días;
- El 9,5% entre 31 y 60 días (2 casos);
- El 9,5% entre 61 y 90 días (2 casos), y
- El 28,6% por más de tres meses y hasta dos años (6 casos).
- El principal motivo de egreso ha sido el abandono del tratamiento: 90,5% (19 casos). Los dos casos restantes egresaron por externación y derivación.
- El 33% de los NNyA internados registran antecedentes de tratamientos anteriores (7 historias clínicas): uno de modalidad ambulatoria, 5 con modalidad de internación y un caso en ambas modalidades.
- 5 de los 21 (25%) registran ingresos anteriores (el período auditado no representa su primera admisión).

CIAC San Cristóbal

En las 9 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Promedio de edad: ronda los 31 años; en 3 casos (37,5%) las personas en tratamiento tienen menos de 18 años.
- El domicilio no se registró en el 22% de las historias clínicas (2 casos).
- El 33% registra condición de estudiante (3 casos), el 22% está desempleado/a o trabaja esporádicamente (2 casos por ítem) y en un caso (11%) se registra empleo a tiempo parcial. Solo en un caso no consta ocupación (11%).
- El 100% de los casos no cuenta con obra social.
- Con la información consignada en las historias clínicas no es posible determinar los tiempos de tratamiento ni sus resultados porque no son confiables los registros.
- Motivo de consulta: el 78% (7 historias clínicas), refiere al consumo de sustancias psicoactivas, mientras que en el 22% restante (2 casos) no consta dicho dato.
- En el 88% de las historias clínicas se registró el consumo de más de una sustancia (8 casos) y en el 100% que la persona no padece enfermedades por fuera de la situación de consumo.
- Entorno vincular: el 66% cuenta con grupo conviviente (6 casos), y en un caso dicho grupo también registra situación de consumo (17% sobre el total de los 6 casos que registran grupo conviviente). El 22% registra grupo / entorno no conviviente (2 casos), y en el 100% dicho grupo no refiere situación de consumo (2 casos).
- En el 55% se registró la realización de tratamientos anteriores (5 casos).

Casa Lucero

En las 13 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

De las admisiones del año 2016 (5 historias clínicas):

- El 40% realizó tratamiento en un lapso de 0 a 90 días (2 casos), el 20% de 91 a 180 (1 caso) días y el 40% restante permaneció más de 180 días (2 casos). Los usuarios incluidos en este último conjunto registran egresos en 2017.
- El 100% de los casos no continúa en tratamiento (ha egresado) del efector al momento del período auditado.
- En relación a las características de egreso, el 53% (7 casos) abandonó el tratamiento y al 15% se le dio la baja del mismo (2 casos). Los egresos por alta definitiva se computaron en el 31% de los casos (4 casos).

Organizaciones conveniadas

A continuación se sintetiza el análisis de la muestra de historias clínicas de cada una de las organizaciones de la muestra que fueron visitadas por el equipo auditor:

Ananké

En las 15 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Tiempo de permanencia en tratamiento: de 0 a 6 meses en el 46,7% (7 casos); de 6 meses a un año en el 20% (3 casos); de entre un año y un año y medio en el 6,7%, y

más de una año y medio en el mismo porcentaje (1 caso por cada ítem). Finalmente se constata un 26,7% de las personas que aún estaban en tratamiento (4 casos).

- Egresos (11 casos): los motivos de egreso de quienes han concluido tratamiento por su parte representan un 9% (1 caso); mismo porcentaje se verifica para las personas egresadas por indicación terapéutica y para aquellas en donde no consta motivo. Un 72,7% de historias clínicas registran egreso por abandono de tratamiento (8 casos).
- Antecedentes familiares: se registran en el 60% de la muestra (11 casos).

Fundación El Candil

En las 6 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Antecedentes familiares: se registran en el 66,6% de los casos (4 historias clínicas)
- Constan gestiones a través de trabajadoras/es sociales de áreas tales como obras sociales o el Ministerio de Desarrollo Social en el 66,33% de la muestra (4 casos).

ACIAR El Reparo (San Miguel)

De los registros obrantes en las 16 historias clínicas se ha relevado que:

- De la población total egresada (9): el 11,1% fue expulsado (1 caso), mientras que el 88,9% egresó por abandono voluntario (8 casos).
- Tiempos de internación: el 66,7% permaneció entre 0 y 90 días (6 casos), el 22,2%

Asociación Civil El Palomar

De la documentación y registros obrantes en las 9 historias clínicas se concluye:

- Finalización del tratamiento: se constata que el 55,5% de las historias clínicas (5) han egresado del mismo. El 100% egreso por abandono voluntario (un caso de reingreso).
- En el 100% de los casos la permanencia dentro del dispositivo se mantuvo entre los 0 y 90 días.
- Registros de antecedentes familiares: constan en el 88,9% de las historias (8 casos).

Fundación Convivir

De los registros obrantes en las 11 historias clínicas se ha relevado que:

- Se registra un 18,2% de egresos, representando dos casos, uno de una/ usuaria/o que permaneció 20 días y otro que lo hizo durante 447 días. En el primer caso, el egreso se produce por abandono voluntario y en el segundo por baja debido a ausencias reiteradas.
- En relación a los horarios y días de tratamiento, el 100% registran la modalidad de jornada simple.
- Los antecedentes familiares figuran en el 10% de la muestra (1 caso).

Fundación Manantiales

La totalidad de las historias clínicas relevadas corresponden a personas que aún están en tratamiento. En las 7 historias clínicas analizadas se han relevado los siguientes datos:

- Los registros de antecedentes familiares en relación a situaciones de consumo y/o enfermedades constan en el 57,1% de los casos (4 historias clínicas).

Hay Otra Esperanza

De las 5 historias clínicas de personas que recibieron asistencia durante 2016:

- Motivo de egreso: el 60% de los casos (3 pacientes) el motivo ha sido abandono del tratamiento.

Anexo III Buenas prácticas

El equipo de auditoria identificó buenas prácticas que surgen de los procedimientos efectuados (que podrían ser contempladas por la DGPSA a fin de estandarizar criterios en sus normativas, circuitos y supervisiones en caso de considerarlo apropiado), se sintetizan a continuación:

- El Candil carga el contenido de sus historias clínicas en una base de datos digitalizada, con la cual se generan estadísticas y mediciones de evoluciones.
- En Ananké se firma un contrato terapéutico entre el residente y la comunidad terapéutica, que contiene derechos y deberes, así como un reglamento interno que contiene las normas básicas de comportamiento y el régimen de sanciones disciplinarias.
- El Palomar archiva sus informes evolutivos en las historias clínicas, en tono con las normativas en materia de salud mental.
- En El Reparó confeccionan un registro diario de seguimiento de tratamiento y de la variada oferta de actividades que ofrece la comunidad no sólo a nivel individual y grupal, sino la importancia del trabajo familiar y comunitario en el diseño del tratamiento respetando las singularidades del caso.
- En Convivir se realiza el denominado TECVASP Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas, que también permite la medición de estándares junto con los evolutivos digitalizados (con control de acceso y de modificaciones).
- También en Convivir se ha instituido un documento denominado “Pautas de tratamiento”, que establece los derechos y responsabilidades de las personas en tratamiento, en el marco de las normas de Salud Mental.
- En Fundación Manantiales, se destaca el diseño singular de tratamiento, los objetivos se encuentran estandarizado por etapas, pero el cómo alcanzarlos se arma teniendo en cuenta la singularidad del sujeto.
- En Hay otra esperanza está contemplado el diseño para aportar información sobre diferentes áreas, vinculadas a lo establecido en la Disposición N° 07/DGPSA/10: vida cotidiana, seguimiento psicológico, seguimiento socio-ambiental, escolaridad, seguimiento psiquiátrico y talleres.
- En el centro San Alberto Hurtado confeccionan registros de los usuarios: listados de personas mensuales para registrar las diferentes gestiones y acciones del personal en relación a cada usuario; grilla mensual de intervención de trabajador social, listado de asistencia diario, registros de los psicólogos, sobres con copias de documentación y estudios médicos, informes para supervisiones de Sedronar (con formato preestablecido con cuantificación de gestiones por persona).
- Los informes evolutivos de Convivir y El Candil presentan un diseño mejorado, con formatos completos y apropiados para el registro, medición y sistematización del tratamiento y evoluciones.

Estos registros y acciones podrían ser readaptados por la DGPSA para sus supervisiones, o considerados para unificar criterios en los informes evolutivos del conjunto de las organizaciones conveniadas y dispositivos propios.

Anexo IV fotográfico Planta física

Registros fotográficos registrados durante los siguientes procedimientos:

Efectores propios de la DGPSA: Casa Puerto (12/10/2018), Casa Lucero (16/10/ 2018)

Comunidades terapéuticas: El Reparó (San Miguel): 03/12/2018, Ananké (Lanús): 04 /12/2018, El Candil (La Lonja- Pilar): 07/12/ 2018 y El Palomar: 10/12 2018.

CASA PUERTO

Placas de cielorraso faltantes o en mal estado:



Luminaria sin protección anti caída; salida obstruida:



Elementos faltantes o en mal estado en baños:



Infiltraciones de humedad:



Rajadura vertical en muro interno de duchas y falta de roseta:



Alimentos acopiados directamente en el piso; hormiguero en tapa de acceso a tablero eléctrico:

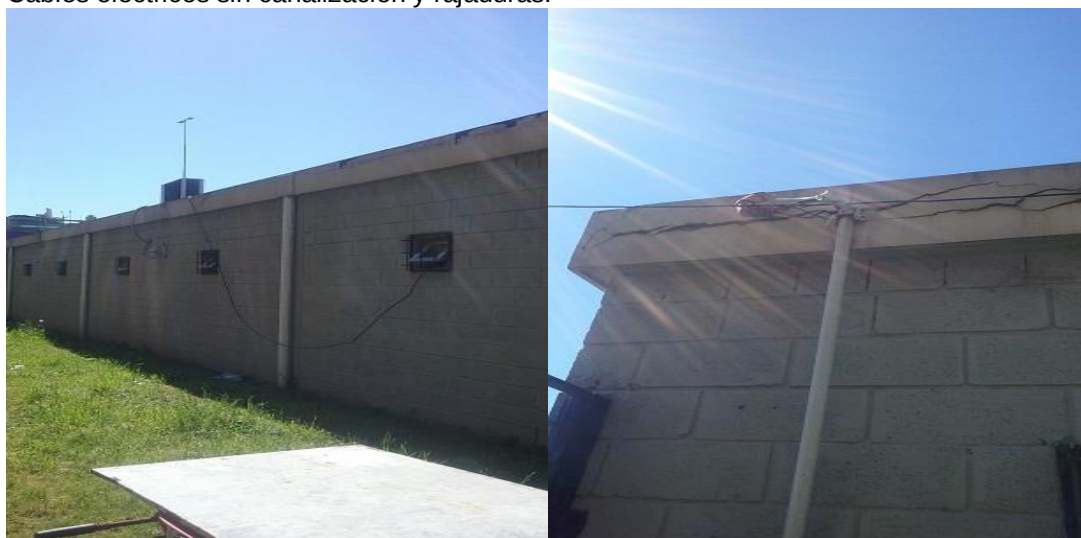


CASA LUCERO:

Rajadura transversal a lo largo de la carga del techo:



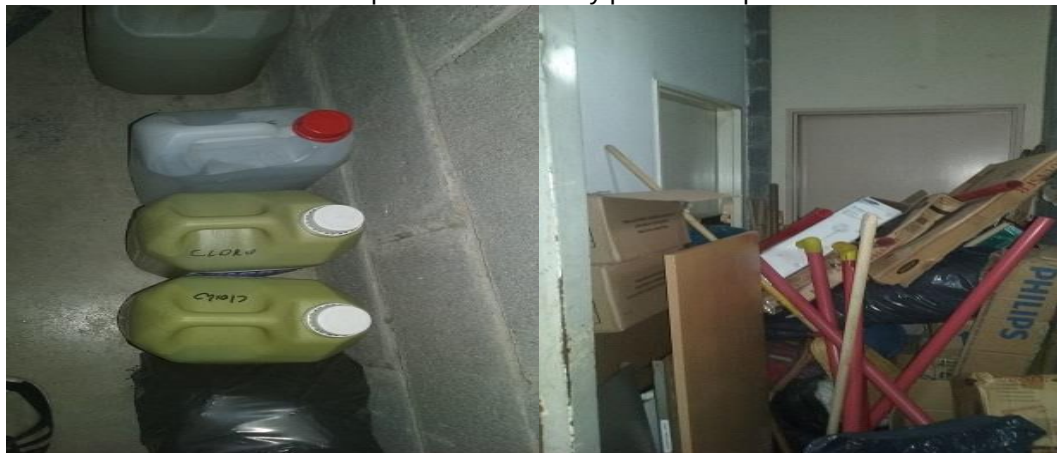
Cables eléctricos sin canalización y rajaduras:



Manchas de humedad y rajadura en columna portante:



Acumulación de materiales en pasillo de servicio y productos químicos:



Luminarias sin protección y marcas de infiltración de agua:

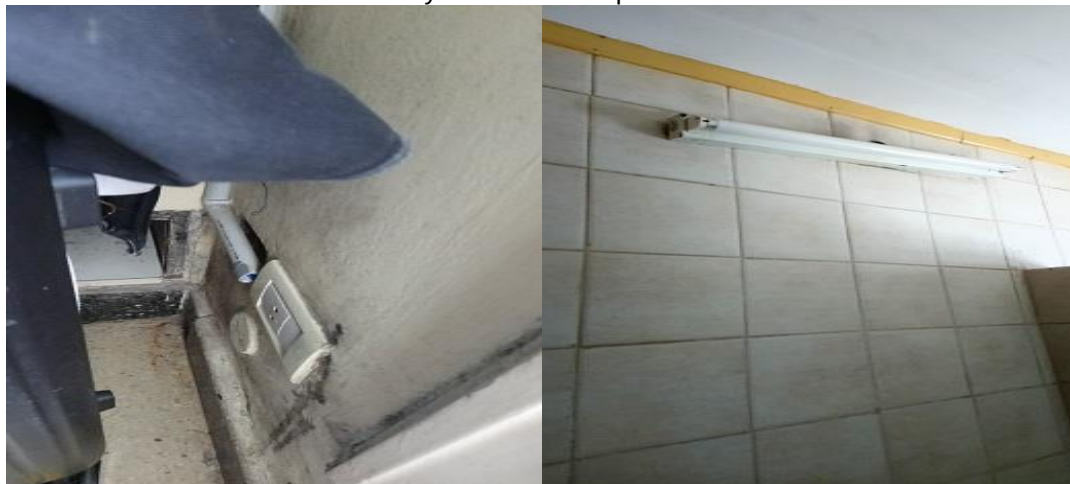


Marcas de infiltración de agua próxima a artefactos eléctricos. Membrana sobre cubierta del edificio:



EL REPARO:

Instalaciones eléctricas deficientes y luminarias sin protección:



Sensores de humo mal ubicados o removidos:



Ducha con grifería incompleta y roseta. Ausencia de extintor de incendios:

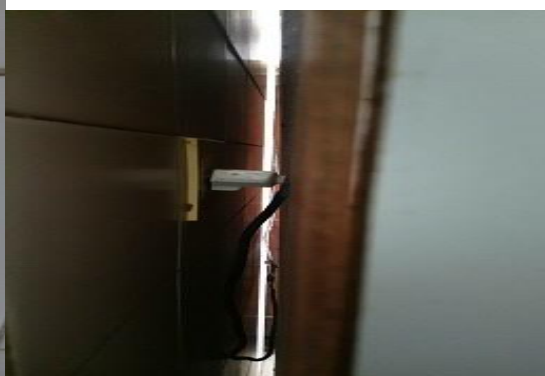


Alimentos perecederos en subsuelo acumulados a granel, con alto grado de madurez. Verduras acumuladas sobre césped al aire libre:

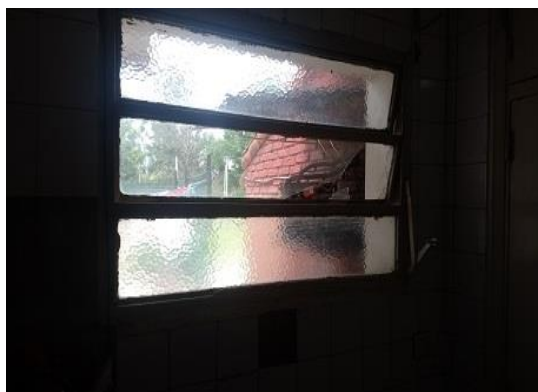




Tomacorriente sobrecargado y enchufe estrangulado:



Vidrio de oficina roto. Materiales, herramientas y combustible almacenados en armario en el interior del edificio:



ANANKÉ:

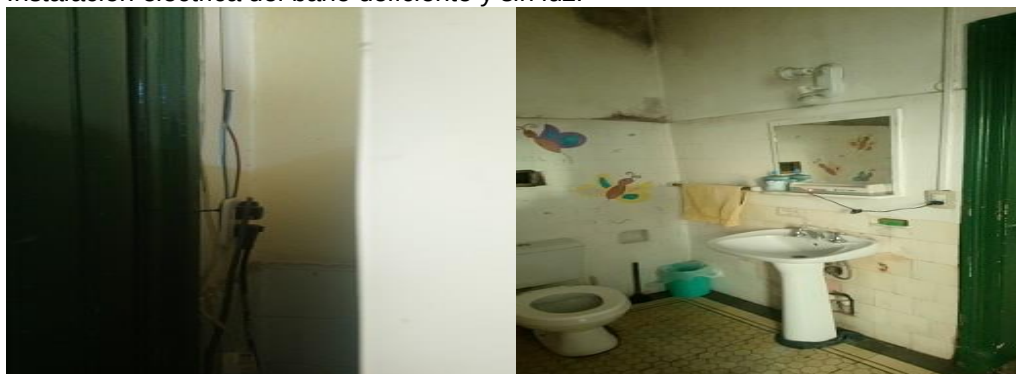
Rajadura vertical en pared. Vidrio roto:



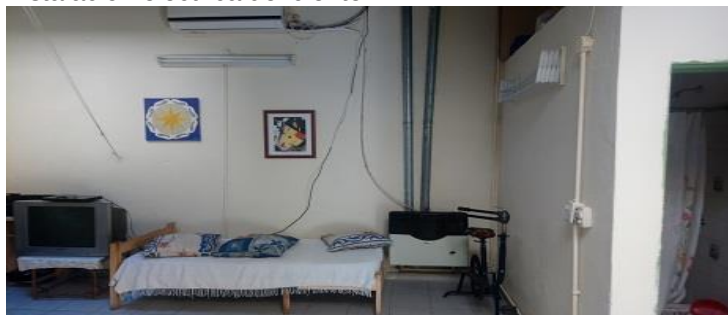
Estufa mal ubicada con riesgo de incendio en recepción. Grifería de baño en mal estado:



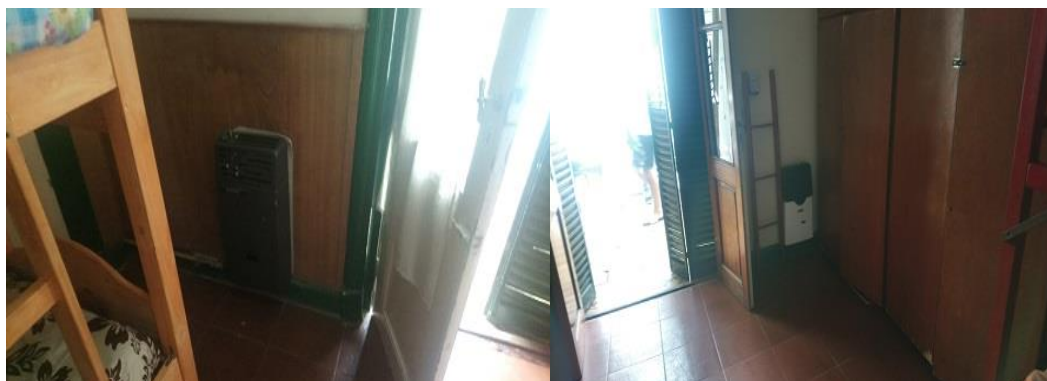
Instalación eléctrica del baño deficiente y sin luz:



Instalación eléctrica deficiente:



Estufas mal ubicadas en habitaciones con riesgo de incendio:



EL CANDIL:

Instalación sobrecargada con prolongadores eléctricos:



Extintor mal señalizado es de TIPO BC y está marcado como ABC. Baños deteriorados y con elementos faltantes de grifería, rosetas y tapas de inodoro:





EL PALOMAR:

Encendido de termotanque con exceso de temperatura y elementos acumulados sin orden próximos a tablero:



Deposito de materiales en espacios vacantes y extintor clase K - la normativa Argentina define 4 clases de fuego A, B, C y D, es decir, legalmente no existe la clase K en nuestro país (cabe mencionar que su uso está destinado a cocinas industriales con gran manejo de aceites y grasas):



Acumulación y mal estado de agua en pileta. Sala de termos y bombas empleado como depósito de materiales y herramientas:



Duchas sin rosetas. Sensor de incendio innecesario en el recinto de baño:



Instalaciones eléctricas sobrecargadas o faltas de mantenimiento. Luminarias sin protección:

