

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	CABA, Octubre de 2018
Código del Proyecto	3.16.06
Denominación del Proyecto	Hogares Conveniados
Período examinado	Año 2015
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia de los Hogares Conveniados con el Ministerio de Salud de la CABA; conjuntamente con los procesos de control de la Dirección General de Salud Mental, y la prestación brindada por dichos Hogares.
Alcance	El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA. Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo las siguientes actividades 1) Entrevistas con autoridades y funcionarios a. Responsable de la Dirección General de Salud Mental como autoridad de aplicación. b. Directores responsables de los hogares. 2) Recopilación y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría. 3) Visita a los Hogares Conveniados. 4) Requerimiento de las habilitaciones correspondientes. 5) Revisión de registros. 6) Relevamiento de cantidad y distribución de los recursos disponibles. 7) Definición de procedimientos destinados a la elaboración de indicadores que permitan evaluar la calidad de prestación de los Hogares Conveniados. 8) Definición de procedimientos destinados a evaluar el contralor de la DGSAM. 9) Realización de Procedimientos:

	Los procedimientos en el presente informe se realizaron con el objetivo de corroborar el cumplimiento de normativa Nacional, de la Provincia de Bs. As. y de la Ciudad, ya que el pago de las prestaciones se hace en base a un Nomenclador nacional. La habilitación de los establecimientos al estar en Provincia la hace el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y los contratos deberían cumplir con la normativa de la Ciudad en cuanto a prestación y personal contratado. Por otra parte, se evaluó el ambiente de control que existe en relación a la prestación de los Hogares. Por lo expuesto se llevaron a cabo los siguientes procedimientos: a) Observación de Historias clínicas (frecuencia de evolución y registro). b) Verificación de Certificados de discapacidad (ratios de cumplimiento) c) Verificación de documentación obligatoria del personal que trabaja en los hogares. d) Análisis de la acreditación y/o clasificación de las Instituciones y sus establecimientos. e) Análisis de cumplimiento de la normativa respecto a la planta física y equipamiento. f) Análisis de la respuesta de la DGSAM, ante el requerimiento de la Auditoría para evaluar el control de los Hogares. Correlación entre la prestación brindada y la correcta facturación. Auditorías realizadas por la DGSAM. g) Análisis de los convenios firmados, su traspaso a la DGSAM y las modificaciones necesarias. h) Análisis de las acciones correctivas de la DGSAM
Limitaciones al Alcance	No existieron limitaciones al alcance.
Período de desarrollo de tareas de Auditoría	Las tareas de relevamiento se iniciaron en febrero de 2017 y finalizaron en marzo de 2018.
Aclaraciones previas	Se han tratado todos los aspectos considerados significativos y se ha trabajado sobre las áreas críticas determinadas como consecuencia del relevamiento previo.
Observaciones	A continuación se exponen las principales observaciones referentes a los procedimiento llevados a cabo en los establecimientos conveniados y en la DGSAM :

	1. <u>Generales</u> Los 7 establecimientos de la institución SERES y los 2 establecimientos de la institución Santa Clara de Asís, no tienen plano actualizado con la distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el edificio, aprobado por la autoridad municipal para el fin propuesto (Decreto Pcia. de Bs As 3020/2002 art. 7 inc. C). 1.1. Los 7 establecimientos de la institución SERES No tenían variación del menú, quincenal ni mensual, poseen un Menú de Verano y otro de invierno, que se repite todas las semanas. 1.2. Los 7 establecimientos de la institución SERES y los 2 establecimientos de la institución Santa Clara de Asís No cumplen con el Decreto Provincia de Buenos Aires 3020/2002 art. 13 inciso “f”) <i>“Todo establecimiento contará con sistema de intercomunicadores en habitaciones, consultorios, salón de usos múltiples en comunicación con el Office de enfermería, a excepción de las modalidades Hogar y Residencia”.</i> 2. <u>De las visitas a los hogares</u> 2.1. Seres Paso 47 2.1.1. No cuentan con cartel identificadorio en la entrada 2.1.2. No tiene rampa de acceso 2.1.3. No tiene evolución diario ni semanal de las practicas Kinesiológicas, realizadas con los pacientes, solo hay un informe trimestral. En la última visita habían implementado un registro de kinesiología. 2.1.4. No están selladas ni foliadas las historias clínicas 2.1.5. No hubo visitas de la DGSAM en enero, febrero, marzo ni junio del año 2015. 2.1.6. No tenían plano actualizado con la distribución, medidas, denominación de los ambientes que componen el establecimiento 2.1.7. No hay un área específica de aislamiento. 2.1.8. No hay área específica para las visitas de familiares. 2.1.9. No almacenan correctamente los residuos patogénicos. 2.2. Seres Sarmiento 515 2.2.1. No se encontraban foliados ni numerados los legajos de los pacientes.
--	--

	2.2.2. Los espacios comunes son los espacios utilizados para las actividades terapéuticas. 2.2.3. El hogar no posee un comedor específico, sino que para ese fin se adapta diariamente la habitación que se encuentra al final del primer piso. 2.2.4. No hubo visitas de la DGSAM en Enero, Febrero, Marzo ni Abril de 2015 2.2.5. No disponen de local específico para el aislamiento de contacto (patologías respiratorias, EVR y KPC). 2.2.6. No posee baños para discapacitados. 2.2.7. No cuenta con circuito diferenciado para ropa limpia/sucia en el sector lavandería. 2.3. Seres Gral. Paz 2.3.1. El libro de visitas es el mismo que usa el establecimiento de 12 de octubre. 2.4. Seres 12 de Octubre 2.4.1. No hubo registro de visita de la DGSAM en febrero de 2015. 2.5. Santa Clara de Asís Quilmes 2.5.1. Sólo hubo una visita de la DGSAM en Octubre durante todo 2015 2.5.2. Roperos del sector no renovado en mal estado. 2.6. Seres Villa Elisa 2.6.1. Habitaciones excedidas en camas. 2.6.2. No hubo visitas de la DGSAM en enero, abril, septiembre y noviembre de 2015. 2.6.3. Roperos en mal estado. 2.7. Seres Laprida 274 2.7.1. No hubo visitas de la DGSAM en enero y abril de 2015. 2.8. Seres Roca 767 2.8.1. Sólo hubieron 3 visitas de la DGSAM en 2015 (Septiembre, Octubre y Noviembre). 2.8.2. No poseen una planificación específica para las actividades de fin de semana. 2.9. Santa Clara de Asís Bernal 2.9.1. No hubo visitas de la DGSAM en 2015
--	--

3. De los Procedimientos

3.1. Procedimiento N°1 Historias Clínicas

3.1.1. No se cumple con la evolución en un 61 % para SERES y en un 42% para Santa Clara de Asís [ambos ratios corresponden a 2015 y en relación al año 2017 se produjo un avance en relación al año 2015 las ratios de incumplimiento para Seres fueron del 43% y del 9 % para Santa Clara.

3.1.2. El cumplimiento de normativa en cuanto a evolución semanal es de 56% para Santa Clara y del 2% para SERES. Por otra parte la evolución quincenal es del 2% para Santa Clara y del 7% para SERES, finalmente, la evolución mensual es del 22% para Santa Clara y para Seres del 20%. Por lo tanto no se cumple con la normativa de evolución semanal en un 44% en la Institución Santa Clara y en el 98% en SERES.

3.2. Procedimiento N°2 Certificados de discapacidad

3.2.1. No cumple con el requisito del certificado de discapacidad en el 10% de los residentes en la Institución de Santa clara de Asís.

3.2.2. No cumple con el requisito del certificado de discapacidad el 42% de los residentes de la Institución SERES (26% no lo tiene, el 7% lo tiene vencido, y el 9% no lo requiere según la institución por indicación médica, estos guarismos representan el 42%).

3.2.3. No se cumple con el inciso N°18 de la resolución 6080/2003, que requiere para el pago del adicional del 35% que los residentes posean el CUD.

3.3. Procedimiento N°3 Normativa laboral

3.3.1. Seres

3.3.1.1. No se cumple en el 30% de los casos, con los requerimientos de libreta sanitaria, y antecedentes penales.

3.3.1.2. No se cumple en el 40% de los casos con los certificados de deudores alimentarios.

3.3.1.3. No se cumple la normativa de la ley 4383/12 CABA en cuanto normativa laboral, la totalidad de los empleados son monotributistas.

	3.3.2. Santa clara de Asís 3.3.2.1. No se cumple en el 40% de los casos con los requerimientos de los certificados de Antecedentes Penales, según los registros de la Institución y del 57,10 % de los casos según la muestra. 3.3.2.2. No se cumple en el 60% de los casos con los requerimientos de la Libreta Sanitaria, según los propios datos de la Institución, según la muestra no cumple el 86.7% de los casos 3.3.2.3. No se cumple en el 2% de los casos con los requerimientos de los certificados de Deudores Alimentarios Morosos. 3.4. Procedimiento N°4 Habilitaciones 3.4.1. De los siete establecimientos SERES ninguno posee habilitación municipal. Respecto a la habilitación provincial, tres establecimientos poseen la habilitación vencida. El Establecimiento SERES 12 de Octubre N° 275 no posee habilitación nacional. 3.4.2. Los establecimientos Santa Clara de Asís poseen habilitación municipal vigente; la SEDE Quilmes posee habilitación provincial vencida y no aportaron documentación obligatoria de inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. 3.5. Procedimiento N°5 Planta Física 3.5.1. <i>Sede Roca 767</i> 3.5.1.1. Pasillos: ninguno de los pasillos sobrepasa los 0.87 cm (el mínimo de la norma es 1.20 m). 3.5.1.2. Pisos: de madera con cámara de aire. 3.5.1.3. Puertas: en baños 0.60 cm y 0.69 cm, (mínimo de la norma 0,90m de ancho) con sentido de apertura hacia adentro. 3.5.1.4. No cuenta con manijas a 0,90m del piso para discapacitados. 3.5.1.5. No posee cielorraso el comedor, se observa el techo de chapa y falta conectar con medianera, no es local de primera. 3.5.1.6. Uno de los dormitorios no tiene ventana al exterior y debería tenerla porque todos los locales
--	--

	utilizados como habitación deben ser “local de primera”. 3.5.1.7. No cuenta con cartel identificatorio en el exterior 3.5.1.8. No posee baño para discapacitados 3.5.1.9. El baño del personal se encuentra dentro de una de las habitaciones de los niños. 3.5.1.10. No posee protecciones al vacío, ni doble baranda, en su recorrido, la escalera que llega desde la oficina administrativa al espacio de trabajo con los niños en el primer piso, 3.5.1.11. No posee sectores diferenciados ropa limpia/sucia en el lavadero <i>3.5.2. Sede calle 12 de Octubre 275</i> 3.5.2.1. Las puertas no tienen el ancho mínimo. 3.5.2.2. La puerta de los baños no tiene las manijas para discapacitados ni los m² requeridos. 3.5.2.3. No cuenta con baño para discapacitados, y los adaptados no cumplen con el metraje. 3.5.2.4. No posee salón de usos múltiples en el Edificio. 3.5.2.5. No cuenta con rampa el ingreso al edificio. 3.5.2.6. No cuenta cartel identificatorio en el exterior. 3.5.2.7. Están deteriorados el 20% de los colchones. <i>3.5.3. Sede Laprida 274</i> 3.5.3.1. Convenio vencido. 3.5.3.2. Tiene pisos de madera en dormitorios. 3.5.3.3. Galería revestida en madera. 3.5.3.4. Las puertas no tienen el ancho mínimo. 3.5.3.5. La puerta de los baños no tiene las manijas para discapacitados ni los m² requeridos. 3.5.3.6. No cumplen con la cantidad de Baños adaptados. 3.5.3.7. No tiene baño para discapacitados. 3.5.3.8. No tiene ventana al exterior uno de los dormitorios (debería tenerla porque los locales para uso de habitación deben ser locales de primera). 3.5.3.9. Están deteriorados el 25% de los colchones. 3.5.3.10. No cuenta con Cartel identificatorio en entrada.
--	--

	3.5.3.11. El comedor no cumple el cubaje y posee servidumbre de paso. 3.5.3.12. No tiene espacio para talleres 3.5.3.13. No tiene office de enfermería de acuerdo a normativa. <i>3.5.4. Sede Villa Elisa</i> 3.5.4.1. No cumplen con el cubaje mínimo por Residente en 4 de los dormitorios 3.5.4.2. Colchones vencidos en un 20%. 3.5.4.3. No hay tela metálica (mosquitero) en ninguna de las aberturas de todo el predio. 3.5.4.4. En los dormitorios actuales y en uso el cielorraso es madera. 3.5.4.5. No poseen local para office de enfermería <i>3.5.5. Sede General Paz 93</i> 3.5.5.1. La sede no figura dentro del convenio y no cuentan con otro convenio que los incluya. 3.5.5.2. No se cumple con el cubaje mínimo en uno de los dormitorios. 3.5.5.3. Están deteriorados un 20% de los colchones. 3.5.5.4. No posee rampa de acceso al edificio, para discapacitados. 3.5.5.5. No posee cartel identificatorio como se observa en la foto. 3.5.5.6. No hay office de enfermería 3.5.5.7. No hay oficinas administrativas en el establecimiento. 3.5.5.8. No hay consultorios de atención para profesionales. 3.5.5.9. No se cumple con los 18 m² mínimos de comedor. 3.5.5.10. No se cumple los 2 m² mínimos por residente o asistido para el local de Comedor. 3.5.5.11. No tiene espacio descubierto. 3.5.5.12. No posee baño adaptado. 3.5.5.13. Ninguna de las camas cuenta con luz individual. <i>3.5.6. Santa Clara Quilmes</i> 3.5.6.1. No cuenta con habilitación Nacional SSS, y la habilitación provincial se encuentra vencida.
--	---

	3.5.6.2. Están deteriorados el 10% de los colchones. 3.5.7. <i>Santa Clara Bernal</i> 3.5.7.1. No cumplen con el mínimo requerido de 90 cm las puertas de acceso a baños (adaptados). 3.5.7.2. No entregaron copia de habilitación Nacional de la Superintendencia de Servicios de Salud. 3.6. Procedimiento N°6 Actuación DGSAM 2015-2017 3.6.1. No se han suscripto nuevos Convenios, efectuando la acreditación, y categorización que detalle características de las prestaciones, de cada establecimiento y que tipo de pacientes/usuarios serán alojados en ellos. 3.6.2. La DGSAM no ha requerido para el periodo auditado (año 2015) y hasta finales del año 2017 la documentación pertinente en cuanto a habilitaciones municipal, provincial y nacional de todas los establecimientos en convenio y en aquellos que se derivan beneficiarios pero que no están conveniados. 3.6.3. No se relevaron los aspectos edilicios, estructurales y de prestación de cada uno de los establecimientos para el período auditado y hasta finales del año 2017. 3.6.4. No se ha utilizado la normativa vigente nacional, provincial, municipal y fundamentalmente del GCABA (que es el organismo financiador de la prestación) para evaluar el cumplimiento de la prestación. 3.6.5. No se han ejercido las potestades como Autoridad de Aplicación durante el período auditado (año 2015) y durante el año 2016, durante el año 2017 se han comenzado con las tareas de fiscalización. 3.6.6. No se ha realizado para el período auditado y hasta finales del año 2017 una discriminación entre el tipo de prestación que brinda cada establecimiento, determinando el pago de mayor valor para la Institución Seres, sin discriminación del tipo de prestación efectivamente realizada. Todas fueron pagadas con la cápita “Rehabilitación con Internación”, sin la acreditación y verificación correspondientes. 3.7. Procedimiento N°7 Convenios suscriptos. 3.7.1. En el convenio original de SERES sólo se declaran dos casas (establecimientos) para desarrollar la
--	--

	atención conveniada, mientras que en la actualidad son siete los establecimientos que prestan servicios y que reciben pacientes de la DGSAM. 3.7.2. En el convenio original de SERES, el proyecto institucional manifiesta que la modalidad de prestación es “Rehabilitación con Internación”, para niños de 0 a 6 años. Mientras que la habilitación de los dos establecimientos declarados es de modalidad “Hogar”, y actualmente poseen una población de niños y adolescentes mayores. 3.7.3. La DGSAM no ha actualizado los convenios hasta la finalización del año 2017, introduciendo las modificaciones en tanto establecimientos nuevos y las prestaciones. 3.7.4. La DGSAM no ha verificado la correspondencia entre la modalidad denunciada en el proyecto y la efectivamente brindada, en ninguno de los casos. 3.7.5. No se ha verificado el cumplimiento de la cláusula novena del convenio original, la cual además debería sustituirse por el formato de la cláusula octava de resolución 597/GCBA/MDSGC/14, que obliga al prestador a cumplir con las normativas que regulan las cuestiones relativas al ámbito laboral.
Recomendaciones	1. <u>Generales</u> 1.1. Los 7 establecimientos de la institución SERES y los 2 establecimientos de la institución Santa Clara de Asís, deberán realizar las gestiones para obtener plano actualizado con la distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el edificio, aprobado por la autoridad municipal para el fin propuesto (Decreto Pcia. de Bs As 3020/2002 art. 7 inc. C). 1.2. Los 7 establecimientos de la institución SERES deberán efectuar variación del menú, quincenal y/o mensual. 1.3. Los 7 establecimientos de la institución SERES y los 2 establecimientos de la institución Santa Clara de Asís deberán cumplir con el Decreto Provincia de Buenos Aires 3020/2002 art. 13 inciso “f”) <i>“Todo establecimiento contará con sistema de intercomunicadores en habitaciones, consultorios, salón de usos múltiples en comunicación con el Office de enfermería, a excepción de las modalidades Hogar y Residencia”.</i>

2. De las visitas a los hogares

2.1. Seres Paso 47

- 2.1.1. Poseer cartel identificadorio en la entrada
- 2.1.2. Construir rampa de acceso para discapacitados.
- 2.1.3. Implementar un sistema de evolución semanal de las practicas Kinesiológicas, realizadas con los pacientes
- 2.1.4. Realizar el sellado y foliado de las historias clínicas
- 2.1.5. Realizar visitas sistemáticas, y con frecuencia mensual por parte de la DGSAM.
- 2.1.6. Obtener plano actualizado con la distribución, medidas, denominación de los ambientes que componen el establecimiento
- 2.1.7. Destinar un área específica para sector de aislamiento.
- 2.1.8. Destinar un área específica para las visitas de familiares.
- 2.1.9. Cumplir correctamente con la norma de guarde de residuos patogénicos.

2.2. Seres Sarmiento 515

- 2.2.1. Foliar y numerar los legajos de los pacientes.
- 2.2.2. Disponer de espacios comunes para los residentes.
- 2.2.3. Disponer de un comedor específico para los residentes.
- 2.2.4. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual.
- 2.2.5. Disponer de un local específico para el aislamiento de contacto (patologías respiratorias, EVR y KPC).
- 2.2.6. Poseer baños para discapacitados, como lo dispone la norma.
- 2.2.7. Implementar circuito diferenciado para ropa limpia/sucia en el sector lavandería.

2.3. Seres Gral. Paz

- 2.3.1. Habilitar libro de visitas específico para el establecimiento Gral. Paz.

2.4. Seres 12 de Octubre

- 2.4.1. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual.

2.5. Santa Clara de Asís Quilmes

	2.5.1. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual. 2.5.2. Reparar o suplir los Roperos en mal estado. 2.6. Seres Villa Elisa 2.6.1. Cumplir con el cubaje y la cantidad de camas por Habitación. 2.6.2. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual. 2.6.3. Reparar o suplir los Roperos en mal estado. 2.7. Seres Laprida 274 2.7.1. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual o hubo visitas de la DGSAM en enero y abril de 2015. 2.8. Seres Roca 767 2.8.1. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual 2.8.2. Diagramar una planificación escrita y específica para las actividades de fin de semana. 2.9. Santa Clara de Asís Bernal 2.9.1. La DGSAM deberá realizar visitas de supervisión y registrarlas con frecuencia mensual. 3. <u>De los Procedimientos</u> 3.1. Procedimiento N°1 Historias Clínicas 3.1.1. Deberán tender a cumplir en un 100% con la evolución de las HC en todos los establecimientos. 3.1.2. Deberán tender a cumplir en un 100% en relación a la evolución semanal de las Historias en todos los establecimientos de SERES y de Santa Clara de Asís. 3.2. Procedimiento N°2 Certificados de discapacidad 3.2.1. Gestionar el certificado de discapacidad para aquellos residentes que no lo posean en la Institución de Santa clara de Asís. 3.2.2. Gestionar el certificado de discapacidad para aquellos residentes que no lo posean en la Institución SERES.
--	---

	3.2.3. Cumplir con el inciso N°18 de la resolución 6080/2003, que requiere para el pago del adicional del 35% que los residentes posean el CUD. 3.3. Procedimiento N°3 Normativa laboral 3.3.1. Seres 3.3.1.1. Cumplir en el 100 % de los trabajadores, con los requerimientos de libreta sanitaria, y antecedentes penales. 3.3.1.2. Cumplir en el 100 % de los casos con los certificados de deudores alimentarios. 3.3.1.3. Cumplir con la normativa de la ley 4383/12 CABA en cuanto normativa laboral. 3.3.2. Santa clara de Asís 3.3.2.1. Cumplir en el 100 % de los trabajadores con los requerimientos de los certificados de Antecedentes Penales. 3.3.2.2. Cumplir en el 100% de los casos con los requerimientos de la Libreta Sanitaria, según los propios datos de la Institución, según la muestra no cumple el 86.7% de los casos 3.3.2.3. Cumplir en el 100% de los casos con los requerimientos de los certificados de Deudores Alimentarios Morosos. 3.4. Procedimiento N°4 Habilitaciones 3.4.1. Realizar las gestiones para que todos los establecimientos SERES posean habilitación municipal. Renovar la habilitación provincial, los tres establecimientos que poseen dicha habilitación vencida. Realizar la gestiones para que el Establecimiento SERES 12 de Octubre N° 275 tramite su habilitación nacional. 3.4.2. Realizar las gestiones para que la SEDE Quilmes de la Institución Santa Clara de Asís tramite la renovación de la Habilitación provincial vencida. Realizar las gestiones para que tramite la inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación. 3.5. Procedimiento N°5 Planta Física 3.5.1. <i>Sede Roca 767</i>
--	---

	3.5.1.1. Adecuar los pasillos al mínimo que indica la norma. 3.5.1.2. Eliminar con cámara de aire, en los pisos de madera. 3.5.1.3. Adecuar el tamaño de las Puertas en baños al mínimo de la norma y con sentido de apertura hacia afuera. 3.5.1.4. Contar con manijas a 0,90m del piso para discapacitados. 3.5.1.5. Colocar cielorraso en el comedor, conectarlo con medianera, y adecuarlo para que sea local de primera. 3.5.1.6. Adecuar el dormitorio para que sea “local de primera”. 3.5.1.7. Colocar cartel identificadorio en el exterior. 3.5.1.8. Poseer baño para discapacitados. 3.5.1.9. Designar un baño para el personal fuera de las habitaciones de los niños. 3.5.1.10. Colocar las protecciones al vacío, y doble baranda en su recorrido, en la escalera que llega desde la oficina administrativa al espacio de trabajo con los niños en el primer piso. 3.5.1.11. Implementar sectores diferenciados ropa limpia/sucia en el lavadero. 3.5.2. <i>Sede calle 12 de Octubre 275</i> 3.5.2.1. Contar con el ancho mínimo las puertas. 3.5.2.2. Adecuar la puerta de los baños con manijas para discapacitados y cumplir con los m² requeridos. 3.5.2.3. Contar con baño para discapacitados, y adecuar los baños adaptados para que cumplan con el metraje. 3.5.2.4. Disponer un salón de usos múltiples en el Edificio. 3.5.2.5. Contar con rampa el ingreso al edificio. 3.5.2.6. Colocar cartel identificadorio en el exterior. 3.5.2.7. Reemplazar los colchones deteriorados. 3.5.3. <i>Sede Laprida 274</i> 3.5.3.1. Se deberá renovar convenio (cumplido).
--	---

	3.5.3.2. Adecuar los pisos de madera en dormitorios, para que no tengan cámara de aire y que sean ignífugos. 3.5.3.3. Colocar pintura ignifuga en la galería revestida en madera. 3.5.3.4. Contar con el ancho mínimo las puertas del establecimiento. 3.5.3.5. Adecuar la puerta de los baños con manijas para discapacitados y cumplir con los m² requeridos. 3.5.3.6. Cumplir con la cantidad de Baños adaptados de acuerdo a normativa. 3.5.3.7. Disponer con baño para discapacitados. 3.5.3.8. Contar con locales de primera para todas las habitaciones. 3.5.3.9. Reemplazar los colchones deteriorados. 3.5.3.10. Contar con Cartel identificadorio en entrada del edificio. 3.5.3.11. Cumplir con el cubaje establecido por norma en el comedor y no deberá poseer servidumbre de paso. 3.5.3.12. Contar con espacio para talleres. 3.5.3.13. Disponer de office de enfermería de acuerdo a normativa. <i>3.5.4. Sede Villa Elisa</i> 3.5.4.1. Cumplir con el cubaje mínimo por Residente en todos los dormitorios. 3.5.4.2. Reemplazar los colchones vencidos. 3.5.4.3. Colocar tela metálica (mosquitero) en las aberturas de todo el predio. 3.5.4.4. Pintar con pintura ignifuga todos los cielorrasos de madera en los dormitorios o ser reemplazados por otro material. 3.5.4.5. Destinar un local para office de enfermería que cumpla con la normativa. <i>3.5.5. Sede General Paz 93</i> 3.5.5.1. Incluir la sede dentro del convenio. 3.5.5.2. Cumplir con el cubaje mínimo en todos los dormitorios. 3.5.5.3. Reemplazar los colchones deteriorados.
--	---

	3.5.5.4. Disponer rampa de acceso al edificio, para discapacitados. 3.5.5.5. Poseer cartel identificatorio en la fachada del edificio. 3.5.5.6. Contar con local destinado a office de enfermería 3.5.5.7. Contar con oficina administrativa en el establecimiento. 3.5.5.8. Deberá contar con consultorios de atención para profesionales. 3.5.5.9. Cumplir con los 18 m² mínimos de comedor. 3.5.5.10. Cumplir con los 2 m² mínimos por residente o asistido para el local de Comedor. 3.5.5.11. Contar con espacio descubierto o semicubierto. 3.5.5.12. Poseer baño adaptado. 3.5.5.13. Colocar velador (tortugas) individual para cada cama en los dormitorios. 3.5.6. <i>Santa Clara Quilmes</i> 3.5.6.1. Gestionar la habilitación Nacional de la SSS, y renovar la habilitación provincial. 3.5.6.2. Reemplazar los colchones que estén deteriorados. 3.5.7. <i>Santa Clara Bernal</i> 3.5.7.1. Cumplir con el mínimo requerido de 90 cm las puertas de acceso a baños (adaptados). 3.5.7.2. Entregar copia de habilitación Nacional de la Superintendencia de Servicios de Salud, o gestionar la habilitación en caso de no tenerla. 3.6. Procedimiento N°6 Actuación DGSAM 2015-2017 3.6.1. Suscribir nuevos Convenios, efectuando la acreditación, y categorización que detalle características de las prestaciones, de cada establecimiento y que tipo de pacientes/usuarios serán alojados en ellos. 3.6.2. Requerir la DGSAM, en sus supervisiones, la documentación pertinente en cuanto a habilitaciones municipal, provincial y nacional de todos los establecimientos en convenio y en aquellos que se derivan beneficiarios pero que no están conveniados.
--	--

	3.6.3. Relevar los aspectos edilicios, estructurales y de prestación de cada uno de los establecimientos en las futuras supervisiones. 3.6.4. Implementar la aplicación de la normativa vigente nacional, provincial, municipal y fundamentalmente del GCABA (que es el organismo financiador de la prestación) para evaluar el cumplimiento de la prestación. 3.6.5. Ejercer la potestad como Autoridad de Aplicación, para la fiscalización de los establecimientos. 3.6.6. Realizar una distinción entre el tipo de prestación que brinda cada establecimiento, para evitar el pago de mayor valor, sin discriminación del tipo de prestación efectivamente realizada. Evitando así que se paguen cápitales de “Rehabilitación con Internación”, sin la acreditación y verificación correspondientes. 3.7. Procedimiento N°7 Convenios suscriptos. 3.7.1. Declarar en un nuevo convenio de la DGSAM con la Institución SERES, todos los establecimientos donde se desarrolle la prestación de servicios por la atención conveniada. 3.7.2. Especificar en los futuros convenios con SERES u cualquier otra institución, la modalidad prestacional efectivamente brindada, el tipo de población beneficiaria y el tipo de habilitación nacional, provincial y municipal con que cuenta cada establecimiento. 3.7.3. Actualizar y suscribir por parte de la DGSAM los convenios con las instituciones, introduciendo las modificaciones en tanto establecimientos nuevos y las prestaciones que brinde cada uno. 3.7.4. Verificar por parte de la DGSAM la correspondencia entre la modalidad denunciada en el proyecto y la efectivamente brindada, en todos los casos. 3.7.5. Verificar el cumplimiento de la cláusula novena del convenio original, la cual además debería sustituirse por el formato de la cláusula octava de resolución 597/GCBA/MDSGC/14, que obliga al prestador a cumplir con las normativas que regulan las cuestiones relativas al ámbito laboral.
Conclusión	Se ha podido comprobar la falta de un control sistemático para el período bajo análisis; que corrobore el cumplimiento de la

	normativa Nacional, Provincial y de la Ciudad por parte de la Dirección General de Salud Mental. La falta del mismo ha determinado que existan establecimientos que no cumplen con la normativa en cuanto a estructura y funcionamiento prestacional. No obstante se ha comprobado también que se han preservado los derechos de Niños, niñas y adolescentes, en cuanto a la prestación clínica, psicológica y social, más allá de errores puntuales en la registración de las prácticas o en los déficits prestacionales. Además, debemos señalar el error cometido en el proceso de facturación de las prácticas durante el periodo bajo análisis, así como la ausencia de renovación de convenios. Por otra parte, es pertinente resaltar que el Ministerio de Salud ha llevado a cabo la firma de un nuevo convenio en junio de 2018, posterior al cierre de las tareas de campo, mejorando sustancialmente el anterior. Además, se ha dado inicio al proceso licitatorio a los fines de contar con nuevos establecimientos para conveniar. Cabe destacar que la presente auditoría ha cumplido con su objetivo de evaluar el control y la prestación efectivamente brindada, logrando obtener resultados concomitantes en cuanto a la firma de un nuevo contrato por parte de las autoridades, modificaciones edilicias y de seguridad llevadas a cabo en los establecimientos conveniados y un nuevo sistema de derivación y diagnóstico de los beneficiarios. Este último sistema permitirá un procedimiento más equitativo en cuanto al pago de las cápitas, de acuerdo al tipo de prestación que reciba el beneficiario. Por último, la atención a niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental y discapacidad, mejorará continuamente, en la medida que se adecuen de manera sistemática los controles llevados a cabo por la DGSAM, que en tanto Autoridad de aplicación, supervise el cumplimiento de la normativa correspondiente; en los establecimientos contratados o los que en el futuro se convenien. En cuanto a la gestión de control por parte de la DGSAM deberá ponerse especial énfasis en el análisis de la facturación de cada una de las prestaciones que brinden las Instituciones que se contraten.
--	---