

PAE 2007

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
“SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD”

TIPO DE PRODUCTO: INFORME SECTORIAL

RESPONSABLE: BERTHA SOFÍA ORTIZ GUTIÉRREZ _____
SUBDIRECTORA ANÁLISIS SECTORIAL FIRMA

ELABORADO POR:

ROBERTO JIMÉNEZ RODRÍGUEZ PROFESIONAL 222-07 _____
NOMBRE CARGO FIRMA

REVISADO Y APROBADO POR:

GABRIEL HUMBERTO COSTA LÓPEZ DIRECTOR TÉCNICO _____
NOMBRE CARGO FIRMA

FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA 17 MES JULIO AÑO 2007

FECHA DE APROBACIÓN: DÍA 27 MES JULIO AÑO 2007

NÚMERO DE FOLIOS: 52

ESTUDIO SECTORIAL
“SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD”

Contralor de Bogotá, D. C.

Óscar González Arana

Contralor Auxiliar de Bogotá, D. C.

Óscar Alberto Molina García

Director Técnico

Gabriel Humberto Costa López

Subdirectora de Análisis

Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez

Analista Sectorial

Roberto Jiménez Rodríguez

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CUADROS	4
INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES Y MARCO LEGAL	7
2. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL	14
2.1 INVERSIÓN SECTORIAL	14
2.2 ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	19
2.2.1 Sistemas de información en la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud -.	19
2.2.2 Sistemas de información en la Red Pública Distrital	25
2.2.3 Sistemas de información en la Lotería de Bogotá	28
2.2.4 Sistemas de información en la Secretaría Distrital de Integración Social	28
2.2.5 Sistemas de información en el Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON -.	30
2.3 CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS	31
3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL.	38
4. INFORMES, HALLAZGOS U OBSERVACIONES REALIZADAS POR LA CONTRALORÍA	41
5. CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	50

ÍNDICE DE CUADROS

No	TÍTULO	Pág
1	EJECUCIÓN RECURSOS PROYECTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL VIGENCIA 2004-2006	15
2	RECURSOS PROGRAMA SISTEMA DISTRITAL DE INFORMACIÓN OBJETIVO GESTIÓN PÚBLICA HUMANA Y PROYECTO DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD	16
3	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL RECURSOS PROYECTO SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD VIGENCIA 2001-2006	17
4	CONVENIOS FFDS – ESE. PROYECTO 344 DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN 2004-2006	18
5	LINEAMIENTOS EN MATERIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA SDS PARA LAS ESE VIGENCIAS 2004-2006	36
6	ALGUNOS ELEMENTOS DE VISIBILIDAD ENTIDADES DEL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL	39
7	PRONUNCIAMIENTOS DE LA CONTRALORÍA SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL 2003-2006	41
8	RESULTADO DEL CRUCE DE INFORMACIÓN CON REGISTRADURÍA PROYECTO 7217 SDIS AÑOS 2004 Y 2005	43

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las organizaciones están destinando importantes recursos humanos, económicos y técnicos en aras de modernizar sus sistemas de información para aprovechar los continuos cambios en su forma de acceso y procesamiento, originados en las nuevas y diversas herramientas tecnológicas.

Esto acontece ya que toda actividad institucional gravita alrededor de la información; ésta se genera, procesa, analiza y transfiere; con base en ella se fundamentan procesos de planeación, verificación, control y toma de decisiones; así, entonces, se constituye un sistema de información.

Las bondades de los sistemas de información pasan por el fortalecimiento de la relación entre los ciudadanos, sus representantes políticos y la administración, así como por la generación de mayores niveles de transparencia en los diferentes procesos de contratación, provisión de empleos, planeación, formulación y ejecución de proyectos, presupuesto, planes de acción, indicadores de gestión, entre otros.

En el caso de los programas sociales, y en particular los relacionados con el sector salud, los sistemas de información son fuente primaria para determinar la situación de salud de una población, describir su perfil epidemiológico, identificar y establecer la manera en que está organizada la oferta de servicios de salud, el comportamiento de la demanda, conocer la frecuencia con que la población hace uso de los servicios, entre otros aspectos.

Con relación a los programas de atención a la población infantil, adulta mayor, habitante de la calle y en general población en condiciones de vulnerabilidad, los sistemas de información deben permitir la focalización e identificación de tales poblaciones, la focalización de los beneficios, el registro a los programas y el seguimiento de los resultados generados, entre otros.

Actualmente en el distrito, el Plan de Desarrollo “Bogotá sin Indiferencia” reconoce como política que “la información disponible, suficiente y veraz será un soporte fundamental para la toma de decisiones, la rendición de cuentas y el control social”, que se materializa en el programa “Desarrollo del Sistema Distrital de Información Integral”.

La Contraloría de Bogotá ha realizado auditorías y estudios que han puesto de presente las dificultades y complejidad para los procesamientos de la información del sector salud y de integración social en el Distrito, situación que origina la necesidad de analizar la política pública para la administración de los sistemas de

información en estos sectores, como una forma de comprender si el diseño de programas y políticas públicas en la materia han facilitado la toma de decisiones.

Sobre estas premisas, el presente documento aborda inicialmente la presentación de los antecedentes normativos e instrumentales que, a nivel sectorial e institucional, se han producido en aras de generar y desarrollar sistemas de información; en un segundo capítulo se visualiza la situación de tales sistemas de información con la presentación consolidada de los recursos invertidos por las diferentes entidades en los proyectos orientados a desarrollar sistemas de información, los comentarios generales del estado actual en que se encuentran los principales sistemas de información y cómo se han ido materializando alrededor de las políticas en la materia enunciando su problemática, vista inclusive desde diversos actores; posteriormente se trata brevemente el tema del aporte de los sistemas de información a la visibilidad institucional y se hace una reseña de los principales pronunciamientos que ha realizado el ente de control en los últimos años sobre los sistemas de información sectorial; finalmente, se presentan las conclusiones producto del análisis integral

Con este estudio la dirección de sector salud y bienestar social entrega aportes importantes para el estudio estructural sobre el sistema de información a nivel distrital, en la idea de contribuir al mejoramiento de la gestión de la administración de la ciudad capital.

1. ANTECEDENTES Y MARCO LEGAL

En la década de los noventa comienza a consolidarse en la región latinoamericana, y por supuesto en el país, una estrategia de protección social como componente importante de la política social, caracterizada porque se focaliza en la población más pobre, desprotegida, vulnerable, o críticamente pobre.

Las intervenciones se desarrollan para lograr un mejor manejo del riesgo social y pueden estructurarse en forma de red o programas sociales integrados. Los programas que se desarrollan cubren una amplia gama de iniciativas, desde transferencias monetarias, seguridad alimentaria, acceso a salud básica, educación, vivienda, entre otros; las iniciativas propician la participación de los beneficiarios y muchas de ellas definen mecanismos de control social por parte de los mismos; estos programas definen incentivos, requisitos, condiciones o contraprestaciones por parte de los beneficiarios, quienes deben asumir alguna cuota de compromiso con los mismos¹.

En este contexto se habla abiertamente de exclusión social y de desigualdades distributivas; entonces, el estado ha planteado que en la ejecución de los programas de contenido asistencial, se debe partir de la identificación de los beneficiarios, los cuales deben corresponder a la franja de la población que se encuentra en mayor situación de vulnerabilidad.

En este sentido, para lograr focalizar intervenciones sociales hacia los más pobres, en primer lugar, se debe saber quiénes son pobres, dónde están, cuáles son sus características y qué necesidades insatisfechas tienen; por lo que se da la necesidad de contar con un sistema único de información de beneficiarios; esta información debe estar disponible para todos los programas orientados a la población vulnerable y asegurar el cumplimiento de los programas sociales.

De esta manera, en Colombia se diseñó y estableció el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN como el mecanismo para la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos, indigentes, selección de beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social en salud y en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda². Este instrumento ha sido objeto de revisión, evaluación y

¹Sistemas únicos de información sobre beneficiarios en América Latina, Ignacio Irrázaval, octubre de 2004.

²El CONPES 22, de enero de 1994, ° llamado Focalización del Gasto Social en las Entidades Territoriales, en su artículo 4° definió los subsidios a la demanda como "...el recurso que se entrega directamente a los beneficiarios y que busca facilitar el acceso de la población pobre y vulnerable a servicios que son ofrecidos a través de entidades públicas o privadas, con el fin de aumentar la cobertura y procurar una mayor calidad y eficiencia del servicio prestado a estos grupos".

actualización, teniendo en cuenta las falencias y quejas de los usuarios y potenciales beneficiarios.

Entonces se encuentra en el SISBEN un primer referente asociado a sistemas de información para la implementación de políticas de corte social.

Sin embargo, en el caso particular del servicio de salud, desde 1993, con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, se ha expedido un importante número de reglamentaciones normativas para poner en funcionamiento los sistemas de información requeridos, las que se han sucedido de manera paralela con los desarrollos tecnológicos y la formulación de políticas en la materia.

Entonces se encuentra un primer referente en el artículo 173 de ley 100/93 donde se responsabiliza al Ministerio de la Protección Social para reglamentar *“...la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud”*.

Con base en estas facultades, el Ministerio en 1998 reglamentó el **sistema integral de información para el sistema general de seguridad social en salud –SIIS-**³, definido como el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública, participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del sistema.

En el año 2001, se establece como competencia de la nación, la definición, diseño, reglamentación, implantación y administración del **sistema integral de información en salud**, con la participación de las entidades territoriales⁴.

Posteriormente, en 2002⁵, se establece que harán parte del sistema integral de información del sector salud, para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos, los actores que administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del SGSSS, quienes responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo⁶.

³Resolución 2542 de 1998.

⁴Artículo 42 de la Ley 715 de 2001

⁵Artículo 5º Decreto Ley 1281 de 2002

⁶La norma señala que la integración se hará conforme a las disposiciones legales y los requerimientos del MinProtección, que debe definir las características del sistema de información para el adecuado control y gestión de los recursos del sector.

El mismo decreto ley 1281/2002 plantea la necesidad de realizar cruces de información entre las bases de datos de diferentes entidades con el fin de evitar pagos indebidos con recursos del sector salud⁷.

En 2003 se establece la creación y reglamentación del **registro único de afiliados al sistema de seguridad social integral y a la protección social RUAF⁸**, y la competencia del Gobierno Nacional, para definir su diseño, organización y reglamentación, en un proyecto conjunto con la Agenda de Conectividad⁹.

En virtud de la creación y reglamentación del RUAF, se conforma la base de datos a partir de la información existente en salud, pensiones, riesgos profesionales, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, seguimiento a los traslados entre administradoras y regímenes, estandarización de la información de afiliados en las diferentes entidades que lo conforman incluyendo los regímenes exceptuados del sistema.

Con la ley 812 de 2003¹⁰ se determina que las entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud y demás agentes del SGSSS están obligadas a reportar, en la forma que el Ministerio de la Protección Social establezca, la información necesaria y pertinente, además de la que establezca el sistema integral de información en salud.

En cumplimiento de la anterior norma citada y de la ley 715 de 2001, se expide el decreto 2193 de 2004 con el objeto de establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática para realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional¹¹.

⁷El Artículo 6º del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del Administrador Fiduciario del FOSYGA.

⁸Artículo 15 de la Ley 797 de enero de 2003

⁹En febrero de 2004 se constituyó formalmente una mesa de trabajo compuesta por: los ministerios de la Protección Social y de Hacienda, las agremiaciones del sector – ACEMI, ASOFOONDOS, FASECOLDA, ASOCAJAS, FEDECAJAS -, el ISS, el SENA y el ICBF, para la conceptualización y diseño del Sistema de Registro Único, y para la definición del soporte normativo requerido.

¹⁰Artículo 52.

¹¹En desarrollo del decreto, el Ministerio de la Protección Social expidió la Circular externa No. 064 de 11 de agosto de 2004.

En 2006, se estableció que el administrador fiduciario del FOSYGA recibirá la información, consolidará y administrará una **base de datos única de afiliados - BDUA al SGSSS y al sector salud** e incluirá la información de los regímenes exceptuados de éste¹².

Con la expedición del decreto 1011 de 2006, que establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del SGSSS, se plantea el diseño e implementación del sistema de información para la calidad¹³, con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el SGSSS.

Así se vincula el tema de la transparencia con los sistemas de información; en este sentido se obliga al Ministerio de la Protección Social a incluir en su página web los datos del sistema de información para la calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

La reforma reciente al SGSSS contenida en la ley 1122 de 2007, atribuye como competencia del Ministerio de la Protección Social¹⁴, definir el plan de implementación del sistema integrado de información de la protección social SISPRO, para lo cual cuenta con seis meses contados a partir de la vigencia de esta norma, es decir, julio de 2007.

En este marco legal, el Ministerio ha expedido una serie de reglamentaciones buscando regular, estandarizar y racionalizar el esfuerzo institucional en la generación de datos e información sobre los servicios de salud prestados.

Entre otros aspectos se han adoptado las **codificaciones de uso común de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales**, como parte del sistema integral de información – SIIS¹⁵; el registro individual de prestación de servicios en salud RIPS¹⁶ que

¹²Artículo 4° de la resolución 1149/06 del Ministerio de la Protección Social

¹³Título VI. Artículos 45 a 48. Esta competencia está a cargo del Ministerio de la Protección Social.

¹⁴Artículo 44,

¹⁵Resoluciones 2333 de 2000 y 1896 de 2001 Clasificación Única de Procedimientos en Salud que deben ser asumidas por los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, todos los servicios de atención farmacéutica, las compañías de seguros que expiden el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, así como las entidades o instituciones que tienen regímenes especiales de seguridad social, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

¹⁶Resolución 3374 de 2000. El RIPS además es soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la

constituye el conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación y control.

Entre 2006 y lo corrido de 2007, el Ministerio estableció los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicarla deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del SGSSS y de sus recursos y determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información¹⁷.

Se destaca la necesidad de que el Ministerio de la Protección Social defina y disponga a través del sitio WEB del FOSYGA la información básica de afiliados para consulta de las entidades y de usuarios en general, así como la definición clara de responsabilidades en los cruces de bases de datos y la actualización de las mismas, como aporte importante para el cumplimiento del principio de transparencia y la validación de información.

Sobre este último aspecto, se establece que el administrador fiduciario del FOSYGA verificará la estructura y consistencia de los archivos entregados por los obligados, actualizará la base de datos de afiliados con los registros sin errores y generará los archivos de registros inconsistentes incluyendo los multipresentados a BDUA, los cuales enviará a los involucrados para que procedan a solucionarlos¹⁸.

El plan de desarrollo 2006-2010 “Estado Comunitario: desarrollo para todos”¹⁹, reitera aspectos como la necesidad de reducir la evasión y elusión de aportes al régimen contributivo, a través de la implementación universal de la planilla integrada de aportes y la interoperabilidad de los sistemas y registros de información de aportantes (RUA), afiliados (RUAF) y el SISBEN y el fortalecimiento del sistema de información de la protección social para el mejoramiento de la vigilancia en salud pública, el monitoreo, la evaluación y el ajuste de la unidad de pago por capitación y el comportamiento financiero de los agentes, la actualización de los planes de beneficios y el reconocimiento de los servicios no incluidos en éstos. Para el efecto, los agentes del SGSSS, deben diligenciar, recolectar, procesar, usar y enviar al Ministerio de la Protección Social, los registros individuales de la prestación de servicios (RIPS) en los términos y

Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

¹⁷Resoluciones 1149 de 2006 y 0812 de marzo 21 de 2007.

¹⁸Artículo 6º. Resolución 812 de 2007.

¹⁹Texto conciliado al proyecto de Ley no.199/07 Senado – 201/07 Cámara “por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2006-2010”. Mayo 4 de 2007.

condiciones que éste defina. Su envío es obligatorio y constituirá un criterio de permanencia en el sistema y un indicador de gestión.

De otra parte, para el caso específico del sector de integración social, en el Distrito Capital, adicional al SISBEN, se observa la aplicación de diversos sistemas de selección utilizados con el propósito de focalizar los potenciales beneficiarios de cada uno de los programas sociales que adelantan. Por ejemplo se cuenta con la encuesta de identificación provisional para la atención como participante vinculado; ficha de focalización SIRBE utilizado por la Secretaría de Integración Social para sus diferentes programas; ficha técnica para la identificación y caracterización de núcleos familiares aplicada desde la estrategia de salud a su hogar; ficha de visita domiciliaria para el proyecto de comedores comunitarios a cargo del IDIPRON²⁰.

También resulta importante señalar que en el año 2001, en el Distrito Capital como competencia del Consejo Distrital de Política Social –CDPS-, se determina la participación en la elaboración conjunta de un Sistema de Información único y compartido que involucre las principales variables en materia de política social²¹.

Pasados tres años, en 2004, se dimensiona en mayor medida la importancia del sistema de información en materia social, al establecer para el CDPS *“Promover la construcción de un sistema de información unificado y de fácil consulta, que utilice y actualice los sistemas informativos de las entidades participantes, orientado a la conformación de un Observatorio Social Distrital”*²²

La SDIS ha venido participando en el diseño del sistema de información social para Bogotá a través del trabajo realizado en el marco del Comité Coordinador para la ejecución de estudios, investigaciones y evaluaciones sociales

Se definió la estructura del sistema de indicadores sociales del distrito, que consta de 14 módulos: Bogotá en cifras, población y demografía, pobreza y calidad de vida, salud y seguridad social, educación, vivienda y servicios públicos, fuerza laboral, seguridad y convivencia, economía, poblaciones especiales, medio ambiente, metas del milenio, seguridad alimentaria y sisben.

En conclusión, se observa en el lapso de 14 años una marcada intención de establecer sistemas de información integrados para el sector salud e integración social, a partir del cambio de los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda y, en consecuencia, la necesidad de procesos de focalización.

²⁰Para mayor ilustración sobre este tema se puede consultar el capítulo de análisis sectorial contenido en los Informes de Auditoría realizados por la Dirección Técnica Sector Salud y Bienestar Social I Fase PAD 2006, a las entidades DABS, IDIPRON, Secretaría de Salud y ESE Simón Bolívar.

²¹Según lo estableció el Artículo 5 del Decreto 679 de 2001.

²²Según el artículo 4° del decreto 093 de 2 de abril de 2004.

De esta manera, a través de diversas normas se ha pretendido regular la transferencia de información, establecer mecanismos para su recolección y conformar un sistema que integre la información que generan los diferentes actores que intervienen en el SGSSS. Esta pretensión no se ha logrado cristalizar, por lo cual se siguen presentando irregularidades en el procesamiento y lo más grave, desviación de recursos.

Adicionalmente, la operacionalización ha enfrentado múltiples dificultades que no han permitido que el SGSSS cuente con un Sistema de Información que le permita a los organismos de dirección el establecimiento racional y sólido de políticas, normas, planes, programas y proyectos, ni a los de vigilancia, inspección y control, desarrollar oportunamente acciones preventivas y correctivas frente a las realidades en el aseguramiento, financiamiento, oferta y prestación de servicios de salud de carácter individual y colectivo²³.

En general, la identificación de población vulnerable y la entrega efectiva de los beneficios sociales a dicha población, se constituyen en los desafíos continuos, que deben soportarse en sistemas de información robustos por el volumen de información que genera el sector, a fin de brindar la mayor confianza para la gestión institucional y sectorial.

²³Congreso de la República. Ponencia para el primer debate al proyecto de ley 52/04. Sobre estos mismos aspectos la Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y Distritales de Salud COSESAM señala que no existe un Sistema de Información ni un Sistema de Vigilancia, Inspección y Control eficiente, con agentes, funciones, procesos, escala de sanciones, mecanismos de articulación intra e intersectoriales ni con normas claramente definidas, lo que ha incidido en la pérdida de incontables recursos y en la precaria calidad de los servicios prestados. En Revista *Ámbito Médico* Vol. 6 No. 95. Marzo de 2005

2. LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

2.1 INVERSIÓN SECTORIAL

El plan de desarrollo “Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” propone una política de información como componente del objetivo Gestión Pública Humana, que se pretende materializar a través de la estrategia “Desarrollo del Sistema Distrital de Información Integral” y del programa “sistema distrital de Información”.

Visto en conjunto el comportamiento de recursos destinados por las diferentes entidades que hacen parte del sector salud y bienestar social, se observa que los diferentes proyectos dirigidos al desarrollo de sistema integrado de información, se inscriben en el objetivo y programa enunciados, a excepción de la Lotería de Bogotá, cuyo proyecto se inscribe en el programa “Administración moderna y humana”.

Estos recursos, en el caso de la red pública se han destinado para la modernización de la infraestructura tecnológica de los hospitales, en adquisición y mantenimiento de bienes y servicios tales como servicio de conectividad, dotación en tecnología de información y telecomunicaciones (equipos de cómputo, servidores, impresoras, puntos de red), adecuación del centro de cómputo, cableado estructurado, alquiler de equipos y otros en general (repuestos, forros, entre otros) y la SDS ha contribuido en este proceso a través de convenios que apuntan a mejorar la conectividad de la red y la adquisición de equipos, además de la destinación de recursos para hacer eficiente su propio sistema de información, en tanto la SDIS ha dirigido sus esfuerzos a la actualización y el mantenimiento del software y hardware, así como la adquisición de equipos.

En el caso del IDIPRON se tenía como meta a 2006, actualizar el sistema de información que permita el monitoreo de la problemática callejera, ya que con este proyecto se adelantan estudios e investigaciones que fortalecen el centro de información de la entidad. Sin embargo, los resultados del ejercicio de control fiscal realizado sobre la gestión fiscal de 2006, concluyen que hubo baja ejecución de la meta, con repercusión negativa en la gestión del Instituto por cuanto se afecta el cumplimiento del objetivo de mejorar la eficiencia en las intervenciones que se programen para atender al habitante de la calle.

El siguiente cuadro presenta el total de recursos que ha destinado el sector y las entidades que lo conforman durante el período 2004-2006.

CUADRO 1
EJECUCIÓN RECURSOS PROYECTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LAS ENTIDADES
DEL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL VIGENCIA 2004-2006

Millones de pesos de 2006

ENTIDAD	NOMBRE PROYECTO	2004		2005		2006		Total	
		Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.	Progr.	Ejec.
Secretaría Distrital de Salud	Desarrollo del sistema integrado de información en salud	6.834,6	5.301,9	6.549,6	6.343,4	4.783,5	4.663,0	12.277,7	16.308,3
Red Pública Hospitalaria (22 ESE)	Desarrollo del sistema integrado de información en salud	925,9	898,3	8.762,1	6.513,2	8.162,8	6.264,9	17.850,8	13.676,4
Lotería de Bogotá	(7066) Adquisición de software y hardware	528,9	396,7	402,9	371,8	12,0	12,0	943,8	780,5
Secretaría Distrital de Integración Social	(0199) Información: un derecho y un deber para la equidad y la gestión responsable	678,5	678,1	1.204,5	1.204,2	1.547,1	1.545,3	3.430,1	3.421,6
IDIPRON	(7055) Sistemática investigación del fenómeno callejero	142,4	138,3	73,1	71,8	294,0	293,8	509,5	503,9
TOTAL		9.110,3	7.413,3	16.992,2	14.504,4	14.799,4	12.779,0	16.217,3	20.233,8

Fuente: Dirección de Economía y Finanzas Contraloría de Bogotá.

De manera particular interesa comentar la situación del proyecto “desarrollo del sistema integrado de información en salud”, el cual previó para el período 2004-2008, recursos por \$20.818 millones que comparados frente a los \$162.773 millones destinados para el programa, representa en promedio el 12.8%, así:

CUADRO 2
RECURSOS PROGRAMA SISTEMA DISTRICTAL DE INFORMACIÓN OBJETIVO GESTIÓN PÚBLICA HUMANA Y PROYECTO DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Millones de pesos de 2004

PROGRAMA – PROYECTO	AÑOS					
	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Sistema Distrital de información	36.057	36.935	34.156	30.328	25.297	162.773
Proyecto Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud	4.418	6.000	4.500	4.500	1.400	20.818
% del Proyecto frente al programa	12.3	16.2	13.2	14.8	5.5	12.8

Fuente: Plan de Desarrollo Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza y la exclusión y Ficha EBI Proyecto Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud.

La magnitud de recursos del proyecto parece ser corta frente a la importancia del sector y el volumen de información que se genera en procesos tan significativos como el aseguramiento en el régimen subsidiado, la prestación de servicios, la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios y las acciones de salud pública, promoción y prevención, plan de atención básica PAB y en general de atención primaria en salud.

Se debe acotar que, tanto la política general como el proyecto sectorial específico, no resultan novedosos en tanto que esta aspiración se tenía desde años anteriores, como se puede observar en los lineamientos de política para la red pública de servicios de salud período 2001-2004²⁴, que señalaba como objetivo estratégico la implementación de un sistema integrado y centralizado de información asistencial, administrativa y financiera, que soportara la toma oportuna y eficiente de las decisiones gerenciales en las empresas sociales del estado adscritas y en la misma SDS. Lo anterior se formuló sobre el diagnóstico que indicaba la falta de un sistema único de información que permitiera tomar decisiones públicas oportunas y ajustadas a las necesidades de salud de la población²⁵.

Respecto del proyecto, el comportamiento de recursos programados y ejecutados a lo largo del período 2001-2006 (ver cuadro 3), permite observar que se han programado recursos por valor de \$22.840,2 millones de pesos de 2006, es decir, alrededor de \$3.800 millones en promedio por vigencia, que en comparación con el anterior plan de desarrollo, la administración distrital ha incrementado aproximadamente tres veces los recursos previstos para el proyecto de sistemas de información en salud, lo que denota el interés y la preocupación por avanzar en los objetivos asociados al proyecto²⁶.

Sin embargo, se observa un nivel de ejecución de recursos inferior al programado, especialmente en la vigencia 2004 (77.6%), además que en el 2006 el nivel de compromisos amparados con reservas llegó al 48%, denotando rezago en la ejecución real del proyecto.

²⁴Lineamientos de política para la red pública Distrital de servicios de salud, 2001-2004. "Legitimidad social y sostenibilidad económica de las empresas sociales del estado" Secretaría Distrital de Salud Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Bogotá, octubre 2001

²⁵En ese propósito la administración de ese entonces formuló el proyecto 7437 "Diseño y desarrollo del Sistema de Información de la SDS y las ESE", a cargo de la Secretaría Distrital de Salud. En el proceso de armonización adelantado en el 2004 se cambió por el proyecto 344 "Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud".

²⁶Entre estos objetivos está "Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita articular a todos los actores del SGSSS para el logro de la garantía del derecho a la salud y el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de la población, el fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía en salud y la gestión social del territorio en el Distrito Capital " y "Desarrollar los procesos de información necesarios para la identificación y caracterización de necesidades sociales de calidad de vida y salud de la población y de la respuesta social a dichas necesidades, según déficit e inequidades".

CUADRO 3
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL RECURSOS PROYECTO
SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD
VIGENCIA 2001-2006

Millones de pesos de 2006

VIGENCIA	PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	GIROS
PLAN DE DESARROLLO: BOGOTÁ PARA VIVIR TODOS DEL MISMO LADO			
PROYECTO Diseño y desarrollo del sistema de información de la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado			
2001	1.597,7	1.537,9	876,7
2002	2.294,2	2.290,0	787,0
2003	1.633,1	1.633,1	764,8
2004	24,1	24,1	1.664,9
TOTAL	5.549,1	5.485,1	
PLAN DE DESARROLLO: BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA			
PROYECTO Desarrollo del sistema integrado de información en salud			
2004	6.238,8	4.839,7	
2005	6.268,8	6.071,4	3.992,1
2006	4.783,5	4.663,0	2.411,9
TOTAL	17.291,1	15.574,1	
TOTAL 2001-2006	22.840,2	21.059,2	

Elaborado por la Subdirección de Análisis Sectorial con información de la Dirección Economía y Finanzas Distritales Contraloría de Bogotá.

Los recursos ejecutados durante el 2006 se destinaron a la adquisición y mantenimiento de tecnología en la SDS (\$2.653.5 millones), contratos de prestación de servicios (\$855.2 millones), convenios con las ESE (\$639.0 millones) e investigación (\$515.3 millones).

Los convenios con las ESE se han suscrito desde el 2004 con el fin de apoyar económica y técnicamente por parte del Fondo Financiero a los hospitales para la dotación de recursos de tecnología de información y telecomunicaciones (TICS) que fortalezcan el funcionamiento de los sistemas de información y que se sustenta en la aplicación de la metodología de autodiagnóstico de tecnología de información y comunicaciones²⁷.

Con base en los resultados del autodiagnóstico se definieron líneas de inversión priorizadas en siete (7) componentes: red eléctrica regulada y equipos de respaldo, centro de cómputo y cableado estructurado, equipos activos de red, sistema telefónico, servidores y sistemas operativos, Internet y servicios de red,

²⁷ Consiste en la aplicación de documentos tipo encuesta y el análisis de tendencias tecnológicas, cumplimiento de normas, estándares y el empleo de las mejoras prácticas, de cuya evaluación resulta una métrica que determina dentro de una brecha de prioridad el grado de desarrollo de cada uno de los componentes de la infraestructura tecnológica evaluada.

los cuales pretenden garantizar el fortalecimiento tecnológico de las plataformas existentes, para actualizar, adecuar, arrendar o remplazar sus propios sistemas de información, de acuerdo con sus recursos y estrategias definidas en particular en cada una de las ESE.

En el siguiente cuadro se resume el comportamiento de recursos tanto económicos como de equipos de cómputo²⁸ asignados mediante los convenios.

CUADRO 4
CONVENIOS FFDS – ESE. PROYECTO 344
DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN
2004-2006

Millones de Pesos

ESE	No. CONVENIO	VALOR	ESE	No. CONVENIO	VALOR
Simón Bolívar	807/05	200.0	San Blás	533/04	120.0
Usaquén	790/05	250.0	San Blás	683/06	114.0
Chapinero	784/05	150.0	San Cristóbal	773/05	150.0
Engativá	507/04	152.0	Santa Clara	504/04	130.0
Engativá	805/05	290.0	Santa Clara	812/05	273.5
Suba	499/04	960.5	Usme	775/05	76.0
Del Sur	506/04	269.0	Tunjuelito	804/05	590.0
Bosa	503/04	70.0	Tunal	863/05	250.0
Bosa	802/05	197.0	Rafael Uribe Uribe	803/05	260.0
Pablo VI Bosa	814/05	31.5	Vista Hermosa	498/04	191.0
Kennedy	495/04	116.0	Vista Hermosa	815/05	294.0
Kennedy	800/05	500.0	Meissen	501/04	120.0
Fontibón	806/05	24.5	Nazareth	500/04	94.7
Centro Oriente	776/05	350.0	Total		6.223.7

Fuente: Elaborado por la Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar con información de la: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Planeación y Sistemas

A partir de la revisión de la situación actual de la tecnología informática y de comunicaciones en las ESE, la SDS ha previsto para la vigencia 2007 la disposición de \$4.000 millones para ejecutar en el marco de los convenios, de la siguiente manera: equipos desktop (1.760 millones), servidores (\$1.040 millones), conectividad (\$420 millones), telefonía (\$420 millones) y centro de cómputo (\$360 millones).

Estos recursos vienen acompañados de lineamientos, en los que destaca la necesidad de garantizar conectividad entre la SDS y las ESE y en la red pública distrital para hacer uso eficiente de los servicios propios y los previstos por la SDS.

²⁸ En desarrollo del convenio 004 de 2005, fueron entregados computadores como soporte del Programa ampliado de inmunizaciones PAI y la Estrategia de Atención Primaria en Salud APS. En el año 2005 para PAI, 177 PC, por valor de \$591.9 millones y en APS, 71 PC, por valor de \$170.6 millones.

2.2 ESTADO ACTUAL DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

2.2.1 Sistemas de información en la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud -.

Para cumplir con su función de ente rector de la administración de la salud en la capital, la SDS cuenta con varios subsistemas, los cuales pretende relacionar en un sistema integrado que posibilite obtener la mayor información respecto de asuntos como la demanda (régimen subsidiado y población vinculada), la oferta de servicios en salud (prestadores de servicios), así como también sobre la vigilancia y control en salud pública y la estrategia de salud a su hogar, entre otros.

Estos subsistemas son alimentados con información de múltiples fuentes que incluyen la comunidad, las instituciones prestadoras de salud, entre las que se destacan las ESE, las EPSS (denominadas antes ARS) y EPS, el MinProtección, la Secretaría Distrital de Planeación, entre otras, y que en la mayoría de los casos es allegada en medio magnético (discos) para su incorporación a los aplicativos.

Los principales sistemas de información son:

Procesos Aseguramiento: La Dirección de Aseguramiento de la SDS administra la base de datos de la población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá, así como de la población determinada en la ley, como de regímenes especiales. A través de este sistema se administra todo lo referente a aseguramiento: comprobador de derechos, traslados, reemplazos y libre elección.

La SDS maneja una herramienta de consulta denominada comprobador de derechos que refleja el estado de afiliación del usuario en un mes determinado y con diferentes fechas de corte (según actualizaciones) con parámetros de búsqueda (documento de identidad, ficha SISBEN, nombres y/o apellidos) que permite ser ubicado en las siguientes bases de datos: SISBEN (antigua y nueva metodología); régimen subsidiado; régimen contributivo (según reporte del Ministerio de la Protección Social); población en desplazamiento forzoso; población identificada con el instrumento provisional de clasificación socioeconómica; para facilitar los procesos de facturación de las ESE,.

El sistema de información recibe como insumo, cada dos meses, la encuesta SISBEN entregada por la Secretaría Distrital de Planeación en CD-ROM, en un archivo general que no incluye todas las variables que conforman la encuesta. De acuerdo con la experiencia de la SDS, esta entidad considera que el SISBEN presenta inconsistencias en un 35 % de los datos allí consignados.

Como la Secretaría Distrital de Planeación remite toda la base de datos, la SDS debe repetir todo el proceso de revisión a efectos de la actualización de la base de datos del régimen subsidiado, ya que surgen novedades de beneficiarios que ya no figuran en el SISBEN.

La mayor dificultad radica en la identificación de la población ya que la encuesta no obliga a reportar el número del documento de identidad; en los casos de población como los desplazados se perciben claros indicios de ocultamiento intencional de la identidad²⁹.

La parametrización de las variables del instrumento de focalización, requerido por la SDS no es la misma que la necesitada por el Ministerio de la Protección Social por lo cual se deben surtir procesos de ajuste de la información a este requerimiento; así, en tanto el Ministerio maneja 26 variables, la SDS, requiere operar las variables relacionadas con georreferenciación.

La SDS debe realizar cruce de información con las bases de datos de los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda para determinar las posibles multifiliaciones, con su propio sistema de información y con la Registraduría para detectar posibles beneficiarios fallecidos, además con el SISBEN para determinar el derecho al subsidio.

En este proceso, la SDS no ha sido debidamente diligente ya que la Contraloría de Bogotá en varios informes y estudios³⁰ ha detectado inconsistencias tales como multifiliaciones al interior del Régimen Subsidiado de Salud, ya fuera en la misma Administradora de Régimen Subsidiado -ARS o entre ellas, multifiliaciones con el Régimen Contributivo, beneficiarios del régimen subsidiado respecto de los cuales no se surtió el proceso de aplicación de encuesta SISBEN (indispensable para la asignación de subsidios), beneficiarios del régimen subsidiado de salud fallecidos, (inclusive antes de ser carnetizados), con cédulas de ciudadanía inexistentes o canceladas, o con doble identificación, entre otras.

Validador de RIPS³¹: el Sistema se nutre de la información suministrada por los prestadores de servicios de salud que atienden población vinculada, regímenes especiales y la atendida por operadores particulares, la cual es entregada a la

²⁹Otra situación que genera confusión es el uso o no uso del “de” para las mujeres casadas; por ejemplo, en 32.000 casos se modificó la identidad de esas mujeres al suprimirse el apellido de casadas.

³⁰Al respecto se pueden consultar: Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral “Evaluación a la base de datos del régimen subsidiado – modalidad especial PAD 2002-2003 fase I. Estudio “Estado actual del Régimen Subsidiado en Salud y Evaluación de la Estrategia Salud a su Hogar en el distrito” PAE 2006. Informe Sectorial de Aseguramiento en Salud en Bogotá. PAE 2002.

³¹Todo el proceso de administración de la información relacionada con los RIPS está normado en las Resoluciones 3374 de 2000 y 1896 de 2001 del anterior Ministerio de la Salud, que favorece los reportes en la medida en que están estandarizados.

Secretaría en archivos planos que son cargados al sistema, previo procesos manuales y automáticos de validación.

Esta validación se hace sobre la estructura, contenido y pertinencia de los reportes con el fin de evitar inconsistencias de identificación, servicios y procedimientos de salud, ya que esta información es base para los estudios y reportes de morbilidad y epidemiología, además de los pagos que hace el FFDS a las ESE por la atención de la población vinculada y de regímenes especiales.

En relación con el RIPS, la SDS encuentra en el proceso de registro de la identificación de los usuarios la principal dificultad para garantizar información confiable³², ya que por ejemplo se encuentran registros de usuarios sin identificación, registros de personas con varios documentos de identidad (registro civil, tarjeta de identidad o varias cédulas) e incluso varios nombres con la misma identificación.

Otra dificultad radica en el desconocimiento de la codificación de los servicios y procedimientos de atención desarrollados, los cuales están estandarizados en los documentos CUPS (Código único de procedimientos en salud)³³ y CIE 10 (Sistema de codificación internacional de las enfermedades y dolencias), situación que conduce a inconsistencias entre los tratamientos y los diagnósticos y el reporte concentrado en unos pocos códigos que se manejan³⁴; de esta manera, en últimas, se propician deficiencias en los análisis de las situaciones de salud presentadas en la ciudad.

Además existe fragmentación en el reporte, ya que los datos correspondientes a servicios prestados a la población cubierta por los regímenes contributivo y subsidiado, conforme a las normas, es suministrada directamente por las EPS y EPSS al Ministerio de la Protección Social, sin pasar por la Secretaría de Salud, que en este caso sólo recibe la correspondiente a servicios individuales de salud cubiertos con recursos de oferta, es decir, a población vinculada, atendida por particulares y de regímenes especiales, la cual es suministrada por las ESE y los médicos particulares³⁵.

Así las cosas, las competencias reglamentarias del Ministerio en asuntos como las normas de los sistemas de información colocan a la SDS en una posición no sólo subordinada sino limitada para tomar iniciativas, que en este caso, en particular,

³²Acta visita realizada por la Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social en la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud.

³³Resolución 1896 de 2001

³⁴Según la SDS se cometen muchos errores a la hora de registrar los códigos de las enfermedades, al parecer porque no se conoce suficientemente bien el CIE – 10. Parece, además, que muchos médicos(as) por desconocimiento o por negligencia se limitan a reportar un rango muy restringido de enfermedades.

³⁵Artículo 8º de la Resolución 3374 de 2000

apenas le permite contar con el 30% de los servicios prestados en Bogotá, lo cual imposibilita hacer un diagnóstico sobre la totalidad del estado de la salud en la ciudad.

De otra parte, el reporte de RIPS en algunas ESE no es diligenciado o digitado por los profesionales de la salud ya que no se dispone de equipos para incorporar la información de manera inmediata; se genera así una alta probabilidad de cometer errores en la transcripción.

La SDS calcula que el sistema cuenta con alrededor de 30 millones de registros, por lo cual se hace necesario disponer de requerimientos técnicos superiores a los que se tienen actualmente para procesar óptimamente el alto volumen de información. Además, considera que este desarrollo tecnológico debe acompañarse de programas de formación al talento humano encargado de los procesos asociados al tema, especialmente para el reporte de los procedimientos y servicios conforme a las normas y estándares establecidos.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública: este sistema está a cargo de la Dirección de Salud Pública, y conformado por doce (12) subsistemas a través de los cuales se vigilan en total 639 IPS y 50 centros de tratamiento a la fármaco dependencia.

Es de resaltar que una de las fuentes de información más importantes y significativas es la propia comunidad; esto es, personas que de facto actúan como informantes y promotores, al diligenciar formatos y formularios con información fundamental en la raíz y en la base de los posibles focos de problemas. La eficacia de este sistema de alertas tempranas, se mide en la experiencia misma de la Secretaría de Salud que señala que tal procedimiento surte a la entidad aproximadamente del 40% de la información. Esta modalidad se viene ejercitando desde hace cinco años y se ha complementado con una progresiva capacitación o formación de las personas notificadoras de datos primarios.

Los sistemas de obligatorio reporte dentro del marco del SGSSS son los de alerta-acción y el de vigilancia ambiental en algunos aspectos, los otros subsistemas se han ido conformando en el devenir de la dirección, tal como el trabajo especial que se empieza a adelantar, para el levantamiento de un mapa de riesgos químicos, esto es, georreferenciar los sitios donde empresas e industrias manejan sustancias químicas potencialmente peligrosas.

En el caso de la vigilancia de nutrición, se está haciendo un barrido sistemático, colegio por colegio, para establecer con una cobertura censal, un completo cuadro del estado de nutrición o desnutrición de la población escolar de la ciudad. Se pretende que esa información permita referenciar las áreas y lugares de la ciudad

donde el Estado tiene que concentrar los esfuerzos para atender problemas asociados a la nutrición y, de esta manera, pasar de una acción simplemente reactiva a una de tipo preventiva y anticipada.

Sin embargo a este subsistema no reportan los responsables de los comedores comunitarios operados por la Secretaría Distrital de Integración Social SDIS, el Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud IDIPRON y aquellos cofinanciados con recursos de los Fondos de Desarrollo Local; situación que propicia una inminente pérdida de información sobre el estado nutricional de la población pobre de Bogotá.

En otros casos, el método de vigilancia es a partir de centinelas, esto es, no se procede con registros totales minuciosos tipo censo, sino con la información periódica capturada en ciertos lugares estratégicos de observación según el caso.

Por último, los subsistemas para la vigilancia en salud pública operan con lógicas y aplicativos distintos (Fox Pro, Acces, Excell y Oracle) que conlleva a presentar problemas de incompatibilidad; para lo cual la administración, actualmente está desarrollando un sistema de información cuyo objetivo es el control de procesos de vigilancia epidemiológica, a partir de un único sistema de información que integre los subsistemas de vigilancia en salud pública, en una plataforma tecnológica que permita la conectividad, facilite el desarrollo de un sistema geográfico, así como el seguimiento, análisis y evaluación de los eventos prioritarios en salud pública.

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - Oferta de Prestadores de Servicios de salud en Bogotá³⁶: en la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la SDS, se dispone de información relacionada con los prestadores de servicios de salud en Bogotá, esto es, de las IPS, los profesionales independientes de salud y las empresas o unidades transportadoras (ambulancias, transporte de medicamentos y alimentos)

El sistema establece estándares en los siguientes campos: calidad de infraestructura, cantidad y calidad del recurso humano, cantidad y calidad del recurso tecnológico e información financiera; esta información es fundamental para establecer las políticas de oferta de los servicios de salud de Bogotá, además para ejercer el control sobre los procesos de habilitación y acreditación, así como para las competencias enmarcadas en el sistema de información para la calidad.

³⁶Conforme a lo previsto en el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS y la Resolución 1446 del mismo año.

Sin embargo, la norma de origen nacional, no contempla requerimiento de información que precisa la SDS como cantidad de equipos, clase de equipos, tipo de urgencias, entre otra. En este caso, la Secretaría debe solicitarla de manera adicional a las entidades promotoras de salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, las cuales en algunos casos, ponen obstáculos para su suministro.

De esta manera, se observa falta de concertación entre la nación y los entes territoriales para establecer la información que necesita cada instancia, ya que el Ministerio puede precisarla de carácter general, pero los departamentos y municipios la requieren con un detalle mayor. La SDS reporta al Ministerio información sobre habilitados, capacidad instalada, novedades, información de sancionados, visitados, no visitados, indicadores de oferta y demanda de servicios, la cual se allega en archivos planos vía Internet³⁷.

Salud a su Hogar: sistema alimentado por información capturada a través de encuestas sobre caracterización y seguimiento de los núcleos familiares de población ubicada en microterritorios de estratos 1 y 2.

Esta información se concentra en una base de datos (aplicativo local en Microsoft Acces) por cada una de los equipos adscritos a las ESE que hacen parte de la estrategia y se remite en archivos planos a la SDS para su consolidación a nivel distrital³⁸. En este proceso se pierde oportunidad ya que pueden pasar más de 6 meses entre la caracterización y su incorporación al sistema de información de la SDS.

Además, se han detectado deficiencias en la captura y registro de las fichas, debido a la informalidad de los documentos de identificación y la ambivalencia e imprecisión informativa de la propia ciudadanía. Esta multi-identificación dificulta tener registros únicos que puedan ser migrados y articulados en bases de datos más robustas; además se encuentran inconsistencias en los datos de dirección de la vivienda (por efectos de los cambios de nomenclatura) y sobre algunas variables de salud y entorno.

En el proceso de seguimiento y control, se advierten falencias ya que no se desarrollaron módulos de planes e intervenciones, que limitan la toma de decisiones en pro de la prestación de un mejor servicio, aunque se prioriza el seguimiento en eventos de salud pública, gestantes, crecimiento y desarrollo, nutrición y niños menores de cinco años.

³⁷Para el procesamiento de esta información la SDS cuenta con un aplicativo desarrollado en la entidad que está implementado en plataforma ORACLE y actualmente se está desarrollando un sistema en WEB que le permita al prestador de una manera más óptima realizar sus trámites de habilitación.

³⁸Se consolida en una base de datos SQL-Server 2000).

Según información de la SDS, a diciembre de 2006, se alcanzó una cobertura de 850.953 individuos en 260.077 familias. Teniendo en cuenta el nivel de cobertura alcanzado y que la encuesta maneja 170 variables, el volumen de registros hace que el procesamiento estadístico sea complejo, por lo cual se requiere contar con un aplicativo más sólido.

Los resultados de la auditoría a la estrategia salud a su hogar en el componente de sistemas de información se presenta en el capítulo 4 del presente estudio.

En general, no obstante la información densa y multivariable que manejan estos subsistemas, aún no es posible efectuar cruces automáticos por la falta de integralidad, que se registra incluso entre bases de datos de los mismos subsistemas como acontece en el tema de vigilancia en salud pública.

De las revisiones efectuadas a los diferentes subsistemas se observa un mayor desarrollo y confiabilidad de la información en los asuntos relacionados con el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud y algunos de los componentes de vigilancia en salud pública.

Los mayores inconvenientes se suceden en los sistemas de información soportados en los registros de atención de usuarios como RIPS y los que son alimentados a partir de la captura de información vía encuestas como salud a su hogar y el régimen subsidiado³⁹.

2.2.2 Sistemas de información en la Red Pública Distrital⁴⁰

En la red distrital, los hospitales cuentan con diferentes sistemas de información y aplicativos que fueron entregados por la Secretaría Distrital entre 1996 y 1998, tales como SIGMA, HIPÓCRATES y GESTOR; que posteriormente, han sido objeto de actualización y mantenimiento⁴¹.

³⁹En la medida en que este sistema de información tiene su fuente de origen en los resultados de la encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales –SISBEN. Sobre la administración, coordinación y control de la información que soporta técnicamente el SISBEN mediante oficio 35000-22317 del 25-09-06, la Contraloría de Bogotá expidió un control de advertencia, en el que entre otros aspectos señala la falta de confrontación y análisis de los registros existentes en el DAPD, frente a las bases de datos de las entidades del sector social que utilizan esta herramienta. Esta ausencia de coordinación, propicia acciones aisladas que generan mayores costos para el Distrito, duplicidad de procesos y asignación irregular de subsidios.

⁴⁰Con el apoyo de los estudiantes pasantes de Ingeniería de Sistemas de la Universidad Autónoma SANDRA LILIANA PINILLA ARIZA, GLORIA MARÍA BOLAÑOS CERÓN, LILIA JOHANA SARMIENTO RAMÍREZ, PATRICIA CABALLERO, NANCY MARLÉN PARRA VARÓN, ÓSCAR ANDREY CRUZ DÍAZ y JAVIER MAURICIO BAUTISTA GARZÓN, quienes en la evaluación a los Sistemas de Información realizada en 2006.

⁴¹En la actualidad 15 ESE tienen implementado HIPÓCRATES y SIGMA en tres ESE (Meissen, San Blás y Kennedy).

En otros casos, los hospitales han decidido cambiar e incorporar otros aplicativos como DINÁMICA GERENCIAL⁴² y AXIOMA⁴³; se encuentra una situación particular con el hospital de Usaquén donde se cuenta con CITISALUD, CITISER y un desarrollo propio. En el caso del Hospital Occidente de Kennedy desde mayo de 2006, se está implementando el sistema de información Dinámica Gerencial.

Como se observa en los anexos 1, 2 y 3, estos sistemas no son utilizados en todos sus módulos y opciones, por razones que van desde el desconocimiento de los usuarios hasta la poca utilidad frente a las necesidades actuales de las instituciones⁴⁴. Teniendo en cuenta que en ese entonces aún no era perceptible el tema de la conectividad, transcurridos ocho (8) años de implementación se presentan problemas de integración entre cada uno de sus módulos debido a que cualquier actualización realizada en alguno de ellos modifica automáticamente la interface que los comunica⁴⁵.

Por lo mismo, estos sistemas no estaban orientados a Web⁴⁶, situación que torna compleja la posibilidad de reportar información en línea y tiempo real; de este modo gran parte de los recursos que se están ejecutando actualmente en sintonía con la política propuesta en el plan de desarrollo, se están canalizando a proveer la infraestructura de comunicaciones y conectividad necesaria para integrar a toda la red en el sistema de información.

Por la falta de conectividad, actualmente existe el riesgo latente que se incorpore información diferente en cuanto a nombre y cédula o se abran varias historias clínicas para un mismo paciente y no solo entre hospitales sino al interior de aquellos de menor complejidad que cuentan con varios puntos de atención⁴⁷.

Además, algunas sedes de hospitales de primer y segundo nivel facturan con un sistema de información monousuario denominado Gestor, que obliga a un nuevo proceso de digitación para trasladar los datos e información al sistema más robusto, desde donde se generen los reportes pertinentes, ocasionando de esta manera, demoras en la obtención de la información consolidada y confiable y el consecuente riesgo de tomar decisiones sobre situaciones no ciertas.

⁴²San Cristóbal, La Victoria, Fontibón y Kennedy

⁴³En el 2006 en el hospital de Suba se está implementando este sistema de información que incluye manejo de la historia clínica electrónica

⁴⁴Por ejemplo HIPÓCRATES comprende 20 módulos, pero no se encontraron en producción los correspondientes a liquidación de terceros, administración de documentos y órdenes médicas. Además estos módulos fueron entregados por el FFDS sin tener en cuenta el nivel de atención de la ESE; es por esta razón que hay algunos como el caso de cirugía no se utilizan en los Hospitales de I Nivel de atención.

⁴⁵Cuando estos sistemas fueron desarrollados la idea de conectividad, redes Wan o hasta Internet no estaba masificada y era costosa.

⁴⁶Incluso en el caso de SIGMA está en un entorno de texto que por tanto no utiliza Mouse.

⁴⁷ Los hospitales Del Sur, Chapinero, Centro Oriente y Tunjuelito no cuentan con el canal de comunicaciones suficiente para conectar todos sus centros de atención.

Así mismo, en las áreas asistenciales, es diferente el proceso utilizado para la captura de información en admisiones, citas médicas, cirugía, ayudas diagnósticas, lo que no permite la consolidación de los procedimientos adelantados a los usuarios de los servicios. Aún no se integra la información a partir del servicio brindado al paciente y se genera desgaste en el procesamiento de la información por efecto de duplicidades en los registros.

La expedición de nuevas normas y reglamentaciones⁴⁸, que es una constante en el sector salud, provoca de inmediato la necesidad de actualizar los sistemas de información a los correspondientes requerimientos, que en muchas ocasiones no opera con la agilidad y suficiencia, de allí que existan labores de los hospitales que no se encuentren cubiertos en los sistemas de información.

Respecto de servicios y actividades no incorporadas en los sistemas de información, llama la atención el caso de la promoción y prevención, aún más, en un tema que ha sido muy importante para la actual administración como la estrategia salud a su hogar, donde la información tiene un tratamiento aislado, se procesa en gran medida manualmente y luego se traslada a archivos planos y finalmente se consolida en una base de datos de acces.

Aunque la mayoría de los hospitales cuentan con centro de cómputo, se observan deficiencias en las instalaciones eléctricas y el cableado estructurado que no se ajustan a las normas técnicas establecidas para ello; condiciones de seguridad inadecuadas; almacenamiento de datos en condiciones ambientales que no son las más óptimas; espacios reducidos, en donde incluso se comparte con otros equipos de soporte eléctrico y de comunicaciones.

Entre las principales dificultades de control interno relacionadas con los sistemas de información se encuentra que algunos hospitales carecen de políticas de seguridad y planes de contingencia⁴⁹ que permitan fijar una directriz sobre la administración, operación y control de la tecnología informática, que conlleva situaciones como falta de control adecuado y oportuno del recurso informático, ausencia de un procedimiento para la actualización de los manuales de usuario y técnico de los sistemas de información.

Se suma la falta de capacitación de los usuarios de los módulos de los distintos sistemas de información, teniendo en cuenta que son permanentes los cambios del personal responsable de la utilización de los mismos; esto conlleva situaciones como ingreso errado de registros (digitación), subutilización o desconocimiento de

⁴⁸Es el caso por ejemplo de lo relativo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

⁴⁹Por ejemplo Santa Clara, Tunjuelito, Engativá, Vista Hermosa, Del Sur

las posibilidades u opciones que tiene el sistema. Se encontró en algunos hospitales que los RIPS son digitados por personas ajenas a la entidad asistencial, labor que deberían realizar directamente los médicos o enfermeras que tienen contacto directo con el paciente; en ocasiones esto sucede por la carencia de equipos de cómputo en los consultorios.

En conclusión, la principal deficiencia en los sistemas de información de la red pública es la falta de conectividad de los sistemas que brinde la posibilidad de procesar información en línea, que permita la consulta en tiempo real entre los diferentes hospitales y la SDS; adicionalmente, las duplicidades de información, las labores paralelas de incorporación y verificación de datos, los procesos no automatizados, la demora en el flujo de la información, los reportes y estadísticas de poca utilidad, la desactualización de los módulos componentes de los sistemas de información, entre otros, no permiten garantizar una adecuada toma de decisiones.

2.2.3 Sistemas de información en la Lotería de Bogotá

En la empresa industrial y comercial del Distrito, durante los tres últimos años se ha adelantado el proyecto 7066 “Adquisición de software y hardware” que a 31 de diciembre de 2006 ha ejecutado \$780.5 millones de pesos⁵⁰.

En el mes de octubre de 2005, entró en producción el sistema de información “PAOYER”, adquirido por la entidad a finales de 2004 con el fin de procesar la información del área comercial. En este sentido, el software integra la totalidad de las actividades o procesos que involucra el producto comercial.

2.2.4 Sistemas de información en la Secretaría Distrital de Integración Social

La Secretaría Distrital de Integración Social tiene como una de sus funciones dirigir, coordinar y controlar la ejecución de las políticas del Gobierno Distrital en materia de prevención de los factores de riesgo y descomposición social en los grupos de población vulnerable que se encuentren en estado de abandono, riesgo o miseria, así como coordinar acciones con organismos públicos y privados para lograr la identificación y solución de los programas de bienestar social que incidan directamente en la salud, educación y recreación de la población abandonada a riesgo o a miseria en el Distrito Capital.

La principal herramienta que utiliza la Secretaría para la focalización territorial de su población objetivo es el SISBEN, apoyada en instrumentos de gran importancia como son las proyecciones de población con necesidades básicas insatisfechas

⁵⁰ A precios constantes de 2006

NBI y la estratificación socioeconómica; además se cuenta con variables internas de selección manejadas por la entidad.

Así mismo se aplica y diligencia desde las diferentes unidades operativas de la entidad, la ficha de focalización SIRBE, que con la realización de visitas domiciliarias se constituyen en referentes para otorgar el servicio, bien sea cupo, subsidio o intervenciones, previo el cumplimiento de requisitos de vinculación a los diferentes programas de la Secretaría. En esta ficha se indaga por aspectos relacionados con datos básicos, como edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de educación y otros asuntos sobre la seguridad social en salud e información SISBEN, entre otros.

Sistema de registro de beneficiarios SIRBE

El sistema de información para registro de beneficiarios denominado SIRBE, le permite a la Secretaría Distrital de Integración Social realizar la administración y control de información de veinte proyectos sociales desarrollados por la Entidad, así como aquella generada en las Comisarías de Familia⁵¹.

La Entidad desarrolló este sistema de información, para lo cual vinculó ingenieros de sistemas mediante contratos de prestación de servicios desde el año 2001 a la fecha y ha invertido un valor de \$ 522.8 millones.

Sin embargo, la Contraloría de Bogotá en dos auditorías al SIRBE, sobre las vigencias 2005 y 2006, detectó varias irregularidades que se tradujeron en procesos de responsabilidad fiscal, relacionados con la falta de control para el otorgamiento de los subsidios sociales a través del proyecto de atención para el bienestar de la persona mayor.

En cuanto al proceso de automatización de información de los beneficiarios de comedores, señala la SDIS que, durante los años 2004 y 2005, la información era entregada manualmente y de manera directa a los coordinadores locales; a partir de enero de 2006 se implementaron nuevos lineamientos en la entrega mensual de la información requerida contractualmente. En estos lineamientos se establece entre otros, que la base de datos con la información del mes en curso, debe ser entregada durante los primeros 10 días del mes siguiente, directamente a la Oficina de Sistemas y extraída del programa de computador instalado por la SDIS en cada comedor comunitario.

⁵¹Adicionalmente la entidad cuenta con un Sistema Gerencial (CUBO-DWH) que permite la consolidación, consulta multidimensional de la información de Comisarías de Familia, comedores comunitarios y demás proyectos sociales.

La Oficina de Sistemas se encarga de la consolidación y cargue de la información de todos los comedores comunitarios al sistema SIRBE, convirtiéndose éste en la única fuente de información en este programa: información de identificación del beneficiario y de su núcleo familiar, asistencia diaria, aportes sociales, referencias realizadas a otros proyectos de la SDIS u otras entidades del orden nacional o distrital.

No obstante lo anterior, según resultados a diciembre de 2006 de la interventoría del proyecto a cargo de la Universidad Nacional sólo el 65% de los comedores visitados (30 de 46) cuentan con los elementos necesarios para el registro de los usuarios en el sistema, es decir, computador, especificaciones técnicas para la instalación del software, el lector de código de barras y la cámara para la carnetización de los usuarios.

De otra parte, en los contratos celebrados para la operación de los comedores comunitarios, se estipula que los operadores se comprometen a realizar dos tomas de peso y talla a todos los asistentes del comedor, durante la vigencia del contrato. La SDIS señala que estos datos son registrados en el sistema de identificación y registro de beneficiarios de la Secretaría SIRBE, pero no hay ningún reporte al SISVAN de la Secretaría de Salud, instancia creada a nivel distrital para la vigilancia del estado nutricional.

Sobre esta última situación la SDS señala *“La SDIS no notifica la información a la Secretaría Distrital de Salud, teniendo en cuenta que la vigilancia desarrollada por cada sector tiene un alcance y objetivo distinto; así mismo, cuentan con su propia plataforma de Sistema de Información. Se espera que para el año 2007 con la unificación y parametrización de las variables y el desarrollo que se viene dando en el marco de la estructuración del sistema de información integral para el D.C., se avance en el conocimiento real de cubrimiento de los programas desarrollados por las diferentes entidades”*.

Entonces, se advierte que aún no existe un sistema de información integrado en materia de registro de la situación nutricional que consolide y permita medir el impacto de todas las actuaciones del Distrito y que por lo mismo, facilite el seguimiento y la definición de políticas más acertadas en la materia.

2.2.5 Sistemas de información en el Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPRON -.

La entidad dispone del sistema de información denominado SPRAI, que en sí constituye un aplicativo desarrollado por la misma organización para el control de asistencia y servicios, instalado en las unidades educativas y centros de atención, el cual ha permitido unificar, analizar, controlar y presentar la información de los usuarios. Así mismo, se generan reportes mensuales para las labores de control y seguimiento con la posibilidad de generar la hoja de vida.

El sistema entró en producción hacia el mes de julio de 2003, por un valor de \$4.0 millones, utiliza los leguajes Visual Basic for Applications y Acces; contiene aproximadamente 300.000 registros principales administrados en un solo módulo; este sistema es alimentado por los diferentes responsables de cada una de las unidades de atención quienes mensualmente hacen entrega en medio magnético a la dependencia de sistemas para la actualización del sistema.

Dado el detalle pormenorizado de actividades, la labor de registro de información en el sistema se torna compleja, especialmente porque las personas que deben hacerlo son educadores, que dedican poco tiempo para estas rutinas por darle prioridad, lógicamente, al desarrollo de las actividades pedagógicas. En consecuencia, la entidad ha venido propiciando un cambio de cultura para sensibilizar a los funcionarios en la importancia de tener la información automatizada y sistematizada.

En lo que corresponde al soporte administrativo, el Instituto cuenta con el sistema de información Sysman integrado por módulos de contabilidad, tesorería, presupuesto, almacén, administración documental, nómina, contratación, compras y transportes, conectados a través de interfaces.

2.3 CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS

Las políticas en materia de sistemas de información se han venido trazando, para el caso del sector salud y bienestar social, desde los ámbitos nacional y distrital; de esta manera, se observan lineamientos y requerimientos formulados por el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia de Salud y el Departamento Nacional de Planeación, la Agenda de Conectividad, así como de las Secretarías de Salud e Integración Social del Distrito y la Comisión Distrital de Sistemas.

El principal desafío consiste en lograr integridad en los sistemas de información para facilitar la administración y la consulta de la misma a nivel institucional y en general de los ciudadanos.

Sin embargo, en el marco del SGSSS, actualmente la información de los afiliados a la protección social se encuentra dispersa y parcialmente en cada uno de los administradores del sector⁵²; los diferentes procesos de afiliación y movilidad, manejan información similar, y su individualidad dificulta e incrementa los esfuerzos en materia de administración de la información que deben realizar los

⁵²Por ejemplo, la base de datos del FOSYGA contiene información de afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero también se encuentra información en las bases de datos del ISS y de otras entidades del Estado. Registro Único de Afiliados a la Protección Social - Ficha del Proyecto. Ministerio de la Protección Social

actores del sistema, lo cual no permite el seguimiento y el control requeridos para realizar una gestión integrada de los beneficios de la protección social⁵³.

Además, la ausencia de un sistema de información, la centralización y baja capacidad operativa de la Superintendencia Nacional de Salud, la escasa capacidad de las entidades territoriales para asumir las funciones propias de vigilancia, inspección y control, y la inestabilidad jurídica de las disposiciones legales, han hecho del control un proceso tardío, complejo y de bajo impacto en el sistema⁵⁴.

A pesar de que se han estandarizado flujos y datos de algunos de los procesos esenciales en cada uno de los sistemas, no existen las condiciones necesarias para alcanzar niveles mínimos de integración total. Ésta se logra a través del intercambio de archivos magnéticos con una estructura estandarizada la cual debe ser suministrada por los actores en forma periódica al sistema; sin embargo, presenta inconvenientes de calidad de la información (cobertura e integridad), de almacenamiento y procesamiento de la información por falta de la infraestructura tanto física como de talento humano para la consolidación de datos. Se agrega a lo anterior, la falta de continuidad en los sistemas de información, la falta de una política sectorial en esta materia y la adquisición reiterada de hardware en las instituciones sin tener sistemas de información⁵⁵.

En efecto, según el Ministerio de la Protección Social, en el reporte de información que deben realizar los entes territoriales y demás agentes que intervienen en el sistema, se encuentran dificultades como la ausencia de un sistema de información confiable a nivel de Administradora del Régimen Subsidiado ARS, municipio y departamento que garantice información con oportunidad y calidad de los datos remitidos; falta de cumplimiento de recurso humano suficiente y capacitado técnicamente que garantice el cumplimiento de las responsabilidades del ente territorial; falta de validadores a nivel territorial que garantice la estructura, el contenido y la unidad de los afiliados en cada nivel; falta de reporte de novedades como lo establece la ley; falta de identificación plena de los afiliados a régimen subsidiado; no existe consistencia entre los archivos o bases de datos de las ARS y el ente territorial⁵⁶.

Sin embargo, las instituciones para resolver sus problemas inmediatos han realizado sus propios desarrollos, verbigracia, los sistemas de información que se han desarrollado en los fondos administrados por encargos fiduciarios como el

⁵³Registro Único de Afiliados a la Protección Social - Ficha del Proyecto. Ministerio de la Protección Social.

⁵⁴Ponencia para el primer debate al proyecto de ley 52/04,

⁵⁵Ministerio de la Protección social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Sistema integral de información de la protección social SIIS. Modelo conceptual. Bogotá, versión julio de 2004

⁵⁶Dirección General de Planeación y Análisis. Ministerio de la Protección Social. En respuesta a solicitud de la Contraloría de Bogotá. Oficio recibido bajo radicación #20062949 de 30 de noviembre de 2006.

FOSYGA y los desarrollados en salud pública como son el SIVIGILA y el PAI, y las bases de datos de Instituciones prestadoras de servicios de salud, y de recursos humanos en salud, entre otros⁵⁷, propiciando mayor dispersión y fragmentación.

En ese orden de ideas, se reconoce por los actores del SGSSS que la ausencia de un adecuado sistema de información ha facilitado la ocurrencia de multiafiliaciones a un régimen o inter-regímenes, la cancelación de Unidades de Pago por Capitación- UPC por personas inexistentes, el flujo inoportuno de recursos, la negación de servicios a los afiliados y beneficiarios, y la evasión y elusión de aportes.

También se observan contradicciones y desfases en las orientaciones nacionales en torno a la identificación de beneficiarios y beneficiarias del sistema, ya que, por ejemplo, el Ministerio de Protección Social solicita llenar un formato discriminando los tipos de identificación convencionales: CC, TI, RC y CE, esto es, con ítems de diferentes dígitos, en contravía de la disposición emanada de la Registraduría Nacional en 2003, que reformuló el NUIP Número Único de Identificación Personal, al adoptar el registro con 10 caracteres digitales numéricos, y además, previó procedimientos para homologar o validar provisionalmente las identificaciones que son necesarias de conservar transitoriamente, tales como la tarjeta de identidad TI y la Cédula de ciudadanía CC que se expidieron desde el año 2000⁵⁸.

De otra parte, el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos y el control social, se ha visto seriamente afectado por la asimetría de la información entre los diferentes agentes del sistema⁵⁹, situación agudizada con la dispersión normativa (reglamentaciones), y la falta de mecanismos para impulsar un efectivo control social, en donde se ha limitado a la difusión en las páginas web, cuando es evidente que una reducida parte de la población tiene posibilidades de acceder al Internet.

En el plano distrital, la Secretaría de Salud, dada su condición de actor dentro del SGSSS, debe reportar información al Ministerio de la Protección Social y a su vez, debe obtener información de los agentes que actúan en la ciudad, tales como las entidades prestadoras de servicios de salud, las empresas administradoras del régimen subsidiado, otras entidades notificadoras de eventos asociados a la salud pública, entre otros, para cumplir con su misión de ente rector en Bogotá. En esta

⁵⁷Ministerio de la Protección social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Sistema integral de información de la protección social SIIS. Modelo conceptual. Bogotá, versión julio de 2004.

⁵⁸En el año 2000, la propia Registraduría creó el NUIP constituido por tres caracteres alfabéticos y siete numéricos. Como era de prever dicho registro no pudo ser asimilado y procesado por los sistemas de información públicos y privados.

⁵⁹Ponencia para el primer debate al proyecto de ley 52/04 – Senado de la República.

perspectiva debe contar con un sistema de información que le permita cumplir con la normatividad y facilitar sus labores de dirección y administración.

Sin embargo, en Bogotá la problemática relacionada con los sistemas de información no es distinta a la presentada en la nación; en efecto, todas estas dificultades son advertidas en la formulación del proyecto 344 “Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud”⁶⁰ donde se plantea que a pesar del desarrollo del SGSSS en Bogotá, existe una evidente fragmentación de la información en salud que limita la calidad, la cobertura y el acceso a datos, a la hora de hacer el análisis requerido para la toma de decisiones en el sector. La ausencia de una información oportuna y de calidad se ha convertido en un verdadero obstáculo para la definición y puesta en marcha de políticas públicas que tiendan a mejorar la salud de la población.

En aras de identificar usuarios en otros regímenes, con otras entidades territoriales, fallecimientos o estados que afecten el reconocimiento del subsidio en salud por parte del Distrito, se precisa realizar cruces de información con varias entidades; pero éstos no son oportunos, se propician espacios para la corrupción y la ineficiencia que de manera particular inciden en la imposibilidad de ampliar la cobertura del régimen subsidiado⁶¹.

Sobre el particular, en respuesta a control de advertencia formulado por la Contraloría de Bogotá⁶², la SDS manifiesta que para hacer un adecuado control de los recursos públicos debe contar de manera oportuna y permanente con la información que otras entidades del orden nacional y territorial administran, sobre los cambios o traslados que de forma natural se dan en la población del Distrito Capital. Es por ello que se ha gestionado la disponibilidad de información sobre otros regímenes que administra el Ministerio de la Protección Social; sin embargo, la Secretaría recibe dicha información con una muy baja oportunidad y continuidad, situación que obliga al ente territorial a generar procedimientos de reliquidación retrospectivos.

En calidad de ente que debe reportar al sistema de información del Ministerio de la Protección Social, la SDS a octubre de 2006 tiene cargados en la base de datos única de afiliados BDUA, 856.281 registros que corresponde al 50.41%⁶³ y reportó

⁶⁰Ficha EBI-D Proyecto 344 Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud. Secretaría Distrital de Salud.

⁶¹Al respecto se puede consultar el Estudio “Estado actual del régimen subsidiado en salud y evaluación de la estrategia salud a su hogar en el Distrito”. Contraloría de Bogotá. Plan Anual de Estudios PAE 2006. En este estudio se evidencian inconsistencias en la base de datos del régimen subsidiado en Bogotá.

⁶²El control de advertencia fue comunicado mediante oficio 33000-14702 del 11 de julio de 2006 y la respuesta por parte de la SDS se produjo a través de los oficios 79513 de 03-08-06 y 79513 de 24-08-06

⁶³Según informe presentado por el encargo Fidufosyga. En Dirección General de Planeación y Análisis. Ministerio de la Protección Social. En respuesta a solicitud de la Contraloría de Bogotá. Oficio recibido bajo radicación #20062949 de 30 de noviembre de 2006.

archivo de novedades durante esa vigencia en los meses de marzo, septiembre y octubre.

En lo referente a la labor de la Comisión Distrital de Sistemas, la Secretaría Distrital de Salud tiene una importante participación en uno de los grupos transversales y desde allí imparte instrucciones y lineamientos a las entidades del sector (especialmente a los hospitales de la red pública).

Esta Comisión pretende optimizar la agenda de conectividad sobre la pretensión de una base de datos estándar para todo el país que facilite la atención del ciudadano y actualmente trabaja en un proyecto de política sobre software libre.

En el caso específico del sector salud, en lo que atañe al caso de la red pública distrital, la SDS advierte que en los procesos tanto de esta entidad como de las Empresas Sociales del Estado –ESE- se presenta una apreciable lentitud en las comunicaciones vía web que genera retraso en el registro y consulta de los aplicativos, entre otras razones por alto tráfico en la red, ancho de banda insuficiente, falta de control en el uso de servicios como el correo electrónico, Internet y descarga de archivos que no generan valor a ninguno de los procesos institucionales, implementación deficiente de esquemas de seguridad en la red y deficiencia en el cableado estructurado⁶⁴.

Por ello es que se han girado recursos a la red pública a partir de la definición de líneas de inversión priorizadas en siete (7) componentes: red eléctrica regulada y equipos de respaldo, centro de computo y cableado estructurado, equipos activos de red, sistema telefónico, servidores y sistemas operativos, Internet y servicios de red, los cuales pretende garantizar el fortalecimiento tecnológico de las plataformas existentes, con miras a actualizar, adecuar, arrendar o remplazar sus propios sistemas de información, de acuerdo con sus recursos y estrategias definidas en particular en cada una de las ESE.

El propósito de apoyar a las ESE en el desarrollo tecnológico de su infraestructura informática, en materia de incorporación de tecnología de información y comunicaciones –TICs-, se sustenta en la aplicación de la metodología del autodiagnóstico que soporta el sistema de información y cuyos resultados son base para la ejecución de los convenios entre la SDS y las ESE.

Sobre esta base se asignaron recursos tanto económicos como de equipos de cómputo, los cuales vienen acompañados de lineamientos (ver cuadro 5), de los cuales se destaca que la SDS ha solicitado, respecto de los enlaces de

⁶⁴Directriz de la SDS respecto al uso de canales y enlaces de comunicación del 17 de agosto de 2006

comunicaciones a las ESE, garantizar la conectividad correspondiente para que pueda hacer uso eficiente de los servicios propios y los previstos por la Secretaría.

CUADRO 5
LINEAMIENTOS EN MATERIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA SDS PARA LAS ESE
VIGENCIAS 2004-2006

2004	2005	2006
Elaboración de la metodología de autodiagnóstico para el mejoramiento de la Infraestructura Tecnológica de las E.S.E. (Autodiagnóstico TIC's) ⁶⁵	Capacitación y Aplicación de Lineamientos para el mejoramiento de la Infraestructura Tecnológica de las E.S.E. (Metodología de autodiagnóstico TIC's)	Directrices de actualización permanente del software del sistema de información en las últimas versiones
	Distribución y asignación de recursos económicos, mediante convenios inter administrativos, orientados a fortalecer TIC's, según los resultados obtenidos en la aplicación de la metodología del autodiagnóstico definida por la SDS.	Directrices de uso y monitoreo de los enlaces y canales de comunicaciones en las E.S.E. Directriz de Seguimiento y monitoreo al Plan de Mejoramiento al Sistema de Información correspondiente a la parte Financiera

Fuente: Dirección de Planeación y Sistemas Secretaría Distrital de Salud

En general se advierte que, la magnitud de recursos frente a la problemática evidenciada, especialmente en la ausencia de integralidad y conectividad entre las entidades y en algunos casos al interior de cada institución manifiesta la importancia de profundizar en la revisión de las necesidades que en materia de información existen y las posibilidades de encontrar desarrollos de tecnología de información y comunicaciones TIC's que realmente resuelvan las dificultades detectadas y permitan que el sector salud en la capital, cuente con un sistema de información acorde con su complejidad y facilite su mejor administración, control y toma de decisiones más consistente.

Respecto del sector de integración social, como se mencionó en los antecedentes, en el año 2001, en el Distrito Capital como competencia del Consejo Distrital de Política Social –CDPS-, se determina la participación en la elaboración conjunta de un Sistema de Información único y compartido que involucre las principales variables en materia de política social, que en el 2004 adquiere otra dimensión al establecer que esta instancia debe promover la construcción de un sistema de información unificado y de fácil consulta, que utilice y actualice los sistemas informativos de las entidades participantes, orientado a la conformación de un observatorio social distrital.

En este sentido, la SDIS ha venido participando en el diseño del sistema de información social para Bogotá a través del trabajo realizado en el marco del

⁶⁵ Para este autodiagnóstico se diseñaron unos formularios tipo encuesta para obtener información sobre aspectos de infraestructura física y de procedimientos y gestión para los diferentes subsistemas de tecnología y sus respectivos componentes. Se evalúa a través del análisis de tendencias tecnológicas, cumplimiento de normas, estándares y el empleo de las mejores prácticas; se obtiene como resultado una métrica que determina dentro de una brecha de prioridad el grado de desarrollo de cada uno de los componentes de la infraestructura tecnológica evaluada.

Comité Coordinador para la ejecución de estudios, investigaciones y evaluaciones sociales. Es así como se definió la estructura del sistema de indicadores sociales del distrito, que consta de 14 módulos: Bogotá en cifras, población y demografía, pobreza y calidad de vida, salud y seguridad social, educación, vivienda y servicios públicos, fuerza laboral, seguridad y convivencia, economía, poblaciones especiales, medio ambiente, metas del milenio, seguridad alimentaria y sisben.

Los indicadores están ya definidos y cuentan con la ficha correspondiente. Se inició la capacitación de los funcionarios encargados de la alimentación en cada una de las entidades responsables, con el fin de iniciar el cargue inicial del sistema.

3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL.

En este capítulo se presentan algunos aspectos relacionados con la aplicación de los sistemas de información para hacer visible ante la ciudadanía la gestión institucional teniendo en cuenta que una de las políticas de la CDS apunta a la democratización de la información; en este sentido se formula que cada entidad debe disponer de mecanismos de interacción, basados en las TIC, que faciliten el acceso de otras entidades distritales y del ciudadano a los servicios e información pública de su interés.

Si se parte de la definición de transparencia como el flujo de oportuna y confiable información económica, social y política, accesible a todos los implicados⁶⁶, para el caso de la ciudadanía como un importante usuario de la misma, interesa que la información sea relevante y accesible para poder utilizarla.

La relevancia está condicionada a si sirve o no a los fines de la ciudadanía, es decir, que lo que interesa es identificar qué información sirve realmente a la ciudadanía para influir en las agendas públicas.

En tanto la accesibilidad de la información significa posibilitar que la ciudadanía se apropie con facilidad de la misma, lo que supone establecer mecanismos para la indización y referenciamiento cruzado de los datos⁶⁷, de forma que permita búsquedas eficientes y agregaciones definidas por el usuario y no sólo por la administración.

Sobre estas premisas, se destaca que las entidades cuentan con aplicación de herramientas como: página Web, sistema de quejas y reclamos, publicidad en la contratación y presencia en el portal único de contratación o en el portal de contratación a la vista del distrito, cumplimiento del sistema de información para la vigilancia de la contratación estatal, trámites, entre otros.

En una muestra de las entidades del sector salud y bienestar social, sujetas de control de la Contraloría de Bogotá, respecto de algunos elementos considerados en la página web, se destaca lo siguiente:

⁶⁶Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Instituto Nacional de Administración Pública de España. Real Ministerio de Asuntos Exteriores y Banco Interamericano de Desarrollo. Transparencia en la gestión pública. ideas y experiencias para su viabilidad. Francisco mezones (editor). página 33. Guatemala, enero 2006.

⁶⁷ IBID. Pág. 36.

CUADRO 6
ALGUNOS ELEMENTOS DE VISIBILIDAD ENTIDADES DEL SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

ENTIDAD	ALGUNOS ELEMENTOS DE LA PÁGINA WEB	COMENTARIOS
Hospital del Tunal	Naturaleza jurídica, misión, visión, valores (calidad, legalidad), himno e historia institucional, derechos y deberes del usuario, información financiera, portafolio de servicios, información sobre contratación (incluye un link - invitación a cotizar), preguntas frecuentes, comunicados de prensa.	Tiene link de estructura orgánica pero no la incluye, la información financiera no es suficientemente legible, en la consulta directa no se muestra la última contratación realizada, no se tiene link para la recepción de quejas, peticiones y/o reclamos vía Internet. La información de prensa se encuentra desactualizada.
Hospital Occidente de Kennedy	Ubicación, historia, misión, visión, principios y valores, política de calidad, premios, organigrama, portafolio de servicios, link para contratación (invitaciones a cotizar y contratos), preguntas frecuentes y quejas y reclamos.	No presenta la información financiera, no tiene registro de contratos realizados
Hospital La Victoria	Ubicación, historia, misión, visión, objetivos institucionales, principios, organigrama, chat en línea, portafolio de servicios, contratación (licitaciones, concursos, contratación directa, contáctenos (se puede presentar sugerencias, quejas y reclamos).	No se observa la información relacionada con los contratos realizados, ni la información financiera de la ESE.
Hospital de Chapinero	Sedes de atención, misión, visión, reseña histórica, política de calidad, portafolio de servicios, contratación, contáctenos, nuestros clientes (deberes y derechos), quejas y reclamos.	El portafolio lista los servicios más no permite el acceso, no fue posible el acceso al link de quejas. Con respecto a contratación no registra el récord de contratación suscrita.
Secretaría Distrital de Salud-SDS	Misión, visión, organigrama, principios y valores institucionales, políticas de salud, plan de acción, estadísticas, contratación a la vista, atención al usuario, garantía de la calidad, gestión integral de residuos hospitalarios, sistema de información en salud, participación social, listado de hospitales y direcciones, información financiera, contáctenos incluye el formato para presentar peticiones, quejas y reclamos, trámites.	En la ventana plan de acción se incluye el plan de inversiones de la SDS más no posee información. En contratación a la vista no se puede acceder por que se requiere un nivel de información específico sobre contratos. Dentro de la información financiera la contable está a 2005.
IDIPRON	Misión, visión, población objetivo, normatividad, organigrama, quejas y soluciones en red con el sistema distrital, contratación en red con contratación a la vista, proyectos de inversión 2006.	No registra la información financiera de la entidad, no se presenta información de la contratación celebrada
Secretaría Distrital de Integración social	Misión, visión, organigrama, historia, servicios, políticas, quejas y soluciones, rendición de cuentas.	El link de rendición de cuenta se limita a presentar información de un proyecto a 2004. En lo relacionado con contratación se remite a contratación a la vista y allí no es posible el acceso a la información.

Fuente: Consulta directa página web de cada entidad consolidada por SAS Salud y Bienestar Social Contraloría de Bogotá

Todas las entidades de la muestra evaluada tienen página web, sin embargo, no toda la información se presenta de manera visible, además, pese a lo normado, ninguna incluye la información discriminada de la contratación realizada; en otras como en la SDS, aunque está en línea con contratación a la vista, el acceso a dicha información no es fácil para el ciudadano ya que se requiere conocer información detallada de cada contrato.

De otra parte, de las siete entidades, en dos no se logra acceder al link de quejas y soluciones (Tunal y Chapinero); la única entidad que presenta en su página una ventana de rendición de cuentas es la SDIS; sin embargo, la información consignada allí se encuentra desactualizada y no se registra el récord de cumplimiento a la fecha.

Aunque en general, en las siete entidades, conforme a auditorias realizadas durante el primer semestre de 2007, el ciudadano no tiene acceso a los sistemas de información misional, en la ESE Chapinero el ciudadano es vinculado al sistema de información a través del CALL CENTER (audio-citas), donde puede solicitar información, comprobación de derechos, verificación de bases de datos ARS, información de los servicios prestados, consulta y asignación de citas. En general, en los hospitales se establece un vínculo con el ciudadano cuando en calidad de usuario se le realiza la admisión, facturación y consolidación de la información de RIPS.

En conclusión, a pesar de los avances tecnológicos, el tema de la visibilidad institucional para los ciudadanos a partir de los sistemas de información, resulta incipiente; a pesar de que tanto el sector salud como el de integración social son tan susceptibles a las quejas, denuncias y demandas de la población por las problemáticas que les competen, la alta vulnerabilidad de la población atendida dificulta el acceso mismo a dichos sistemas (no es fácil acceder a Internet, o los niveles educativos pueden generar temor frente a la tecnología, por ejemplo).

Otra situación se propicia por mala información o por la abundante normatividad que conllevan en un momento dado a la falta de claridad sobre los derechos y deberes que se tienen, como acontece con el régimen subsidiado que tiende a confundirse con la encuesta SISBEN, y se considera que con tener dicha encuesta ya se pueden exigir los servicios ofrecidos por el SGSSS.

Entonces, los sistemas de información, aún cuando contengan información relevante, no permiten el acceso a la misma, por parte de la ciudadanía.

4. INFORMES, HALLAZGOS U OBSERVACIONES REALIZADAS POR LA CONTRALORÍA

La Contraloría de Bogotá, a instancias de la Dirección Sector Salud y Bienestar Social, en los últimos cuatro años se ha pronunciado a través de informes de auditoría en sus modalidades regular y especial y de controles de advertencia sobre la problemática generada alrededor de los sistemas de información, que se relacionan en el siguiente cuadro.

CUADRO 7
PRONUNCIAMIENTOS DE LA CONTRALORÍA SOBRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL
2003-2006

PRONUNCIAMIENTO	FECHA DEL PRONUNCIAMIENTO	VIGENCIA EVALUADA
Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral-evaluación a la base de datos del régimen subsidiado – modalidad especial.	Mayo 2003	2001 - 2002
Informe final auditoría gubernamental con enfoque integral, modalidad especial “Evaluación a la base de datos del régimen subsidiado periodo contractual 2000-2001”	Diciembre 2003	2000 - 2001
Control de advertencia. Liquidación de contratos del régimen subsidiado, periodos contractuales 2001-2002 y 2002-2003	Agosto 2004	2001-2003
Estudio sectorial “Estado actual del régimen subsidiado en salud y evaluación de la estrategia salud a su hogar en el distrito”	Julio 2006	
Control de advertencia. Irregularidades en la base de datos del régimen subsidiado de salud, actual vigencia contractual.	Julio 2006	2004-2005
Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “Evaluación a salud a su hogar”	Octubre 2006	Junio 2004 a Diciembre 2005
Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “Evaluación de la base de datos del sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE”.	Noviembre 2006	2004 - 2005

Fuente: Página www.contraloriabogota.gov.co

Algunos de los aspectos críticos comunicados en estos documentos son:

Bases de datos régimen subsidiado. Secretaría Distrital de Salud

La Contraloría de Bogotá inició durante el año 2003, la práctica de auditorías gubernamentales con el objetivo de determinar la adecuada aplicación de los recursos destinados al aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud, mediante la evaluación de las bases de datos que soportan la celebración de contratos de administración de recursos del mencionado régimen.

Como resultado de estas auditorias se detectaron inconsistencias tales como multifiliaciones al interior del Régimen Subsidiado de Salud, ya fuera en la misma Administradora de Régimen Subsidiado -ARS o entre ellas, multifiliaciones con el Régimen Contributivo, beneficiarios del régimen subsidiado respecto de los cuales no se surtió el proceso de aplicación de encuesta SISBEN, indispensable para la asignación de subsidios, beneficiarios del régimen subsidiado de salud fallecidos, inclusive antes de ser carnetizados, con cédulas de ciudadanía inexistentes o canceladas, o con doble identificación, entre otras, con la consecuente pérdida de recursos y, en este sentido, la apertura por parte del organismo de control de los respectivos procesos de responsabilidad fiscal.

Se encontró en el más reciente ejercicio auditor a la base de datos la existencia de personas beneficiarias del régimen subsidiado afiliadas a Administradoras de Riesgos Profesionales, a Administradoras de Fondos de Pensiones y a Empresas Promotoras de Salud-EPS en calidad de cotizantes y de beneficiarios. Igualmente, se registraron casos en los cuales la misma persona se encuentra aportando tanto a riesgos profesionales como a fondos de pensiones y/o a Empresas Promotoras de Salud; es decir, estas personas no podrían estar como beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud.

En este caso se estableció el pago de más de \$5.555 millones por parte de la Secretaría Distrital de Salud a las ARS por personas que posiblemente se encuentran multifiliadas con el Régimen Contributivo y/o personas que se encontrarían aportando a Riesgos Profesionales y a Fondos de Pensiones.

SIRBE. Secretaría Distrital de Integración Social

Respecto del proyecto 7217 “atención para el bienestar del adulto mayor en situación de pobreza en Bogotá”, la Contraloría en ejercicio de sus funciones encontró situaciones anómalas en la asignación de subsidios, generados en deficiencias del sistema de control interno, asociados tanto a la ejecución misma del proyecto, como al software que sustenta el sistema de información -SIRBE-.

La entidad ha definido criterios de elegibilidad para la asignación de los subsidios que, sin embargo, no son aplicados efectivamente, ya que al realizar la verificación en la base de datos SIRBE y efectuar cruces con otras entidades, se detectaron inconsistencias como: beneficiarios que reciben ingresos, pensiones o subsidios por parte del Estado. Otros que son propietarios de inmuebles y algunos que soportan su identificación en el registro civil o la tarjeta de identidad, documentos que no son idóneos frente a la edad exigida a los beneficiarios de este proyecto.

En el primer caso, se solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público el cruce de la base de datos del SIRBE con la base de datos del registro único de

aportantes RUA (en el cual se encuentran los datos de las personas con capacidad de aportar en el SGSSS), que permitió determinar que aproximadamente el 4,5% de los beneficiarios del proyecto se encuentran aportando a administradoras de riesgos profesionales (ARP), a administradoras de fondos de pensiones (AFP) y a empresas promotoras de salud (EPS).

De otra parte, se envió la base de datos del SIRBE a la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá zona sur, ya que uno de los requisitos contemplados para otorgar subsidios a la población adulta mayor es carecer de bienes raíces o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia. En este caso, se obtuvo como resultado de los cruces correspondientes, que de 1.160 matriculas inmobiliarias revisadas y expedidas por esta Oficina, aproximadamente 778 beneficiarios del proyecto poseen predios. Adicionalmente, se detectaron casos de beneficiarios que ostentan bienes raíces de extensión superior a las 2 hectáreas e incluso algunos son propietarios de dos predios.

Del cruce entre las bases de datos del SIRBE con la Registraduría Nacional⁶⁸ y con la base de datos de inhumados de la Secretaría Distrital de Salud, se encontró el pago de subsidios a personas fallecidas, a personas con cédulas no existentes, o a personas a las cuales no se les realizó la verificación de la identificación.

CUADRO 8
RESULTADO DEL CRUCE DE INFORMACIÓN CON REGISTRADURÍA
PROYECTO 7217 SDIS AÑOS 2004 Y 2005

RESULTADO PROCESO	AÑO 2004	AÑO 2005	TOTAL
Numero de registros procesados	37.646	18.504	56.150
Registros no existentes	61	54	115
No expedidas	1	0	1
Vigentes	33.943	2.014	35.957
Canceladas por fallecimiento	487	652	1.139

Fuente: Información suministrada por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Tomado del Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial "evaluación de la base de datos del sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE". Plan de auditoría distrital 2006. Fase II. Bogotá, noviembre de 2006

Evaluados los 115 registros que aparecen como "cédulas no existentes" durante los años 2004 y 2005 en el archivo entregado por la Registraduría para el proyecto 7217, se encontró que 34 de la modalidad "subsidiada" se encuentran incluidos sin identificación plena, de tal manera que no se les puede establecer si cumplen o no con el requisito de ser colombiano, la edad y demás criterios de elegibilidad para otorgar beneficios.

⁶⁸Del total de registros con presuntas inconsistencias, el DABS dio respuesta al 63% de lo observado, pero tan sólo argumentó y presentó soportes idóneos sobre el 36% de las observaciones, básicamente originadas en errores de digitación.

Respecto de los 1.139 registros reportados por la Registraduría Nacional como fallecidos antes del 2004 y que a su vez son beneficiarios del proyecto 7217, modalidad subsidiada, se pudo establecer que 55 beneficiarios activos en el sistema SIRBE se encontraban fallecidos (algunos con más de 25 años de expedida la resolución de cancelación de la cédula por fallecimiento según lo informado por la Registraduría Nacional).

Mediante el cruce de la base de datos de inhumados de la SDS frente a los beneficiarios del proyecto, se encontró que 53 de ellos aparecen como “activos” en el SIRBE a pesar de que antes de 2004 se les había expedido licencia de inhumación o cremación.

En conclusión, existe un alto riesgo de entregar subsidios de manera irregular ante la falta de adecuados controles, además que se procesa información poco veraz, confiable y útil para la toma de decisiones; en estas condiciones las acciones no se corresponden con los propósitos expuestos en la política y directrices.

Estas situaciones fueron ampliadas, en ejercicio del control fiscal realizado a la gestión fiscal de la vigencia 2006, donde resultaron dos hallazgos fiscales, derivados de pagos por subsidios a beneficiarios que no tendrían derecho por estar realizando aportes al sistema general de seguridad social y por no tener encuesta SISBEN.

Sistema de Información Estrategia Salud a su Hogar

La Auditoría especial realizada a la estrategia salud a su hogar, concluyó que no se cuenta con un sistema de información como tal, sino con un aplicativo diseñado por la Secretaría de Salud e implementado en cada uno de los hospitales, con el fin de digitar la información capturada en las fichas de caracterización y conformar una base de datos.

Este aplicativo no permite realizar cruces de información entre estos datos y otros recopilados en los hospitales, ya que la función del mismo se limita al almacenamiento de la información obtenida en las fichas de caracterización y no incluye un módulo que permita realizar oportunamente reportes de la información generada en el proceso de la atención a las familias priorizadas.

El aplicativo no cuenta con controles de digitación que permitan garantizar la integridad de los datos, ni se realiza verificación de datos después de ingresada la información. En este mismo ejercicio auditor, se realizaron pruebas de auditoría con el fin de establecer al aporte del sistema a la estrategia y en general a los diferentes procesos de salud en los cuales están involucrados los mismos actores.

Como resultados importantes se llegó a concluir la existencia de diferencias en la información consignada en la base de datos de vinculados suministrada por la Secretaría de Salud y las bases de datos de caracterización de familias de salud a su hogar, suministradas por los hospitales ya que aparecieron usuarios del régimen contributivo como si fueran vinculados; diferencias en la información consignada en la base de datos del Régimen Subsidiado suministrada por la Secretaría de Salud y las bases de datos de caracterización de familias de salud a su hogar, suministradas por los hospitales, tanto en la identificación de la aseguradora a la cual se encuentran afiliadas las personas como en los nombres de las mismas; se realizó el cruce entre la base de datos de inhumados del Distrito suministrada por la Secretaría de Salud y la base de datos de caracterización de familias de los hospitales, encontrando casos en los cuales aparecen en las bases de datos de los hospitales, cédulas de ciudadanía de personas que ya fallecieron según la información de inhumados, pero con nombres diferentes.

Los resultados de las pruebas de auditoría pusieron en evidencia serias fallas en los sistemas de información de salud del distrito, los cuales no cuentan con controles que permitan convalidar la información ingresada en los mismos. Adicionalmente se observa la permanencia de fallas de comunicación al interior de las entidades que intervienen en la prestación de los servicios de salud, ya que la información suministrada por los equipos de salud a su hogar no está siendo utilizada por el área de aseguramiento de la SDS para corroborar la información de vinculados y del régimen subsidiado ni para implementar controles y realizar verificaciones que garanticen un adecuado y eficiente uso de los recursos públicos.

5. CONCLUSIONES

A la par del auge y desarrollo de las tecnologías de información y comunicaciones, desde finales de la década de los ochenta y con especial énfasis en los más recientes años, tanto en el plano nacional como en el distrital, se han formulado políticas y lineamientos orientadas a utilizar tales desarrollos apostándole a procesos de modernización informática, que incluyen el procesamiento de información en sistemas automatizados, la conectividad entre áreas y entidades y la aplicación de recursos importantes para la implementación de sistemas de información integrados.

En este sentido, con el ánimo de institucionalizar una política que se había concebido desde las estrategias Agenda de Conectividad y Gobierno en Línea se crearon las Comisiones Intersectorial de Políticas y de Gestión de la Información para la Administración Pública COINFO y Distrital de Sistemas CDS.

En el sector salud desde la conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS se ha previsto la necesidad de contar con estos sistemas de información; de allí la expedición de normas tendientes a que los diferentes actores que intervienen en el sistema, reporten de manera sistemática información a los entes de dirección, regulación y control. Sin embargo, este propósito parece tener un esguince en la articulación de los diferentes niveles territoriales con la nación, es decir, las direcciones locales o seccionales de salud y el Ministerio de la Protección Social, donde los flujos de información y los procesos de validación de la misma parecen responder a criterios y necesidades disímiles y en algunos asuntos no existe la corresponsabilidad pertinente.

Varios agentes que intervienen en el sector coinciden en señalar que pasada más de una década después de haber sido sancionada la ley 100 de 1993, el SGSSS aún no cuenta con un sistema de Información que le permita a los organismos de dirección el establecimiento racional y sólido de políticas, normas, planes, programas y proyectos, ni a los de vigilancia, inspección y control desarrollar oportunamente acciones preventivas y correctivas frente a las realidades en el aseguramiento, financiamiento, oferta y prestación de servicios de salud de carácter individual y colectivo.

La fragmentación de los sistemas de información tanto en el sector como en el conjunto del estado, determinan la necesidad de efectuar cruces entre tales sistemas con el fin de validar y resolver posibles inconsistencias en datos, registros e información. Sin embargo, estos procesos de conciliación se caracterizan por la falta de confiabilidad y oportunidad, derivados en muchos casos por la asimetría de la información disponible en los diferentes sistemas.

El volumen de información que maneja el sector precisa de sistemas robustos, que efectivamente se encuentren integrados a efectos de disponer de manera oportuna y confiable de la misma, pero aún se procesa información de manera manual, en archivos planos y en procesos duplicados de acceso y verificación que generan ineficiencias.

Los recursos que se han destinado desde las ESE y la misma SDS corresponden a las políticas enmarcadas en el Plan de Desarrollo “Bogotá sin Indiferencia” y los lineamientos de la CDS, que buscan fortalecer su infraestructura informática; pero, este proceso ha sido heterogéneo con entidades que aún presentan graves deficiencias de comunicaciones y disponibilidad de infraestructura y sin posibilidades reales de integración.

En el Distrito, la red pública (SDS y ESE) no se encuentra conectada en un sistema que brinde la posibilidad de procesar información en línea que sea de consulta en tiempo real entre los diferentes hospitales y la Secretaría de Salud; además, la información referida a los servicios de prevención y promoción desarrollados en las ESE de menor complejidad es tratada de manera desarticulada, en archivos planos que luego deben ser incorporados a sistemas más robustos, con el inminente riesgo de generar inconsistencias.

En el caso del sector de integración social, también existen orientaciones tendientes a desarrollar un sistema integrado, labor que se le ha encomendado direccionar al Consejo Distrital de Política Social; aunque, igualmente, existe dispersión de la información en áreas y entidades. Es por ello que, por ejemplo, se cuenta con varios mecanismos e instrumentos de focalización e identificación de potenciales beneficiarios, sistemas de información que no reportan a otros más robustos y centralizados.

Actualmente, la información referente tanto a la demanda como a la oferta de servicios sociales que presta el Distrito se encuentra dispersa. Una de las dificultades para focalizar a la población más pobre y vulnerable y orientar la prestación de los servicios interinstitucionales en forma integral, es la dispersión de los instrumentos de focalización y la falta de un sistema de información que integre datos de la población atendida por los distintos servicios sociales del Distrito e instituciones del orden nacional.

Con esta problemática y desde sus competencias, las entidades del sector apoyan la elaboración de políticas, el monitoreo regulador y la gestión de servicios, de manera que se advierten dificultades para la óptima toma de decisiones y la atención adecuada de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía Mayor de Bogotá. Directiva 005 de 2005. Políticas generales de tecnologías de información y comunicaciones aplicables a las entidades del Distrito Capital. Bogotá, agosto 12 de 2005.

Contraloría de Bogotá. “El sistema distrital de información integral como herramienta fundamental en programas de salud”. PAE 2006. Estudio Sectorial. Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social. Bogotá, octubre de 2006.

Contraloría de Bogotá. Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral-evaluación a la base de datos del régimen subsidiado – modalidad especial. PAD vigencia 2002-2003. Fase I. Bogotá, mayo de 2003.

Contraloría de Bogotá. Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral, modalidad especial “evaluación a la base de datos del régimen subsidiado periodo contractual 2000-2001” PAD vigencia 2002-2003. Fase II. Bogotá, diciembre de 2003.

Contraloría de Bogotá. Estado actual del régimen subsidiado en salud y evaluación de la estrategia salud a su hogar en el distrito. PAE 2006. Estudio Sectorial. Subdirección de Análisis Sector Salud y Bienestar Social. Bogotá, julio de 2006

Contraloría de Bogotá. Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “evaluación a salud a su hogar”. PAD 2006. Fase I. Bogotá, octubre de 2006.

Contraloría de Bogotá. Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral modalidad especial “evaluación de la base de datos del sistema de información de beneficiarios de subsidios del Departamento de Bienestar Social – SIRBE”. PAD 2006. Fase II. Bogotá, noviembre de 2006.

Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 3072 “Agenda de Conectividad” Bogotá, 9 de Febrero de 2000.

Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Instituto Nacional de Administración Pública de España. Real Ministerio de Asuntos Exteriores y Banco Interamericano de Desarrollo. Transparencia en la gestión pública. Ideas y experiencias para su viabilidad. Francisco mezones (editor). Guatemala, enero de 2006.

Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la Reforma de Salud. Sistema Integral de Información de la Protección Social SIIS. Modelo Conceptual. Bogotá, Versión Julio de 2004

Organización Panamericana de la Salud. “El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud”. Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición”. Julio de 1999.

Presidencia de la República. Directiva Presidencial No. 02 de agosto 28 de 2000 “Gobierno en Línea”.

Senado de la Republica Texto para ponencia 2º debate Proyecto de ley 052 de Reforma a la ley 100 de 1993.

ANEXOS

ANEXO 1 USO SISTEMA HIPÓCRATES EN LA RED PÚBLICA DISTRITAL

MÓDULO	ESE														
	Simón Bolívar	Santa Clara	Tunal	Bosa	Centro Oriente	Engativá	Tunjuelito	Suba	Del sur	Chapinero	Vista Hermosa	Nazareth	Usme	Rafael Uribe	Pablo VI Bosa
Admisiones y estadísticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ayudas Diagnosticas	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Citas médicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Laboratorio				X							X				
Cirugía	X	X	X	X	X	X			X	X					
Facturación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Liquidación a terceros															
Cartera	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Inventario/suministros	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contabilidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Caja y bancos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Cuentas por pagar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Activos Fijos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nómina	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Presupuesto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Costos	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Historia Clínica															
Orden de servicio															
SIG		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
RIPS		X	X		X	X		X		X	X	X		X	
S.I. Gestor					X		X		X	X					
Sistema de Administración		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
No Módulos	14	17	17	16	18	17	13	16	17	18	17	14	15	16	6

Fuente: Trabajo realizado por SANDRA LILIANA PINILLA ARIZA, GLORIA MARÍA BOLAÑOS CERÓN, LILIA JOHANA SARMIENTO RAMÍREZ y PATRICIA CABALLERO, Pasantes Universidad Autónoma de Colombia.

ANEXO 2
PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN MÓDULOS DINÁMICA GERENCIAL

MODULOS	ESE		
	FONTIBON	LA VICTORIA	SAN CRISTÓBAL
Pagos	90%	100%	100%
Inventarios. Almacén	100%	95%	90%
Farmacia	100%	95%	90%
Contabilidad	100%	95%	100%
Tesorería	100%	95%	80%
Compras	100%	100%	implementación
Costos Hospitalarios	90%	N/A	50%
Cajas-Inversiones	N/A	95%	N/A
Radicación-Cuentas y Control Glosas	N/A	95%	N/A
Cartera	90-95%	95%	90%
Nómina	100%	N/A	75%
Activos Fijos	100%	95%	95%
Contratos Admisiones y facturación	N/A	N/A	N/A
Facturación	100%	N/A	95%
Facturación ley 100	N/A	100%	N/A
Reportes, gráficas, estadísticas e indicadores	N/A	100%	N/A
Contratos	90-95%	100%	95%
Programación de Cirugías	N/A	100%	N/A
Citas Medicas	100%	100%	100%
Módulo Gerencial	100%	100%	Reciente aplicación
Promoción y prevención	N/A	N/A	diseño según norma
Presupuesto	90%	90%	95%
Administración de Recursos	sobre préstamo	N/A	en proceso de arranque
Hospitalización	100%	100%	95%
Historia Clínica	100%	N/A	75%
Admisiones	100%	100%	95%
Laboratorio Clínico	0%	N/A	80%

Fuente: Trabajo realizado por Óscar Andrei Cruz pasante Universidad Autónoma de Colombia.

ANEXO 3
PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE LOS MÓDULOS DE SIGMA

MÓDULOS	ESE		
	SAN BLÁS	MEISSEN	KENNEDY
Admisiones	>50%	>50%	100%
Cartera	26-50%	0-25%	0
Contabilidad	>50%	>50%	26-50%
Facturación	26-50%	>50%	>50%
Hospitalización	100%	100%	0
Inventarios	26-50%	>50%	>50%
Tesorería	>50%	>50%	26-50%
Presupuesto	0	>50%	>50%
Consulta externa	>50%	100%	>50%
Cirugía	>50%	100%	0
Cuentas por pagar	>50%	100%	>50%
Nómina	>50%	>50%	0
Activos fijos	>50%	>50%	0
Laboratorio	0	0	0
Radiología	0	0	0

Fuente: Trabajo realizado por Javier Bautista pasante Universidad Autónoma de Colombia.