

**Departamento Administrativo  
Nacional de Estadística**




**Producción Estadística  
PES**

**Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales / DSCN**

**METODOLOGÍA GENERAL CUENTA SATÉLITE DE SALUD**

**Jul/2022**

	<b>METODOLOGÍA GENERAL CUENTA SATÉLITE DE SALUD</b>	<b>CÓDIGO: DSO-CSS-MET-001</b> <b>VERSIÓN: 1</b> <b>FECHA: 19/Jul/2022</b>
<b>PROCESO:</b> Producción Estadística	<b>OPERACIÓN ESTADÍSTICA:</b> CSS - CUENTA SATÉLITE DE SALUD	

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

#### 1. ANTECEDENTES

#### 2. DISEÑO DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA

##### 2.1. DISEÑO TEMÁTICO

2.1.1. Necesidades de Información

2.1.2. Formulación de objetivos

2.1.3. Alcance

2.1.4. Marco de referencia

2.1.5. Definición de variables y construcción de indicadores estadísticos

2.1.6. Plan de resultados

2.1.7. Estándares estadísticos utilizados

2.1.8. Diseño del cuestionario

2.1.9. Normas, especificaciones o reglas de edición e imputación de datos

##### 2.2. DISEÑO ESTADÍSTICO

2.2.1. Universo de estudio

2.2.2. Población objetivo

2.2.3. Cobertura geográfica

2.2.4. Desagregación geográfica

2.2.5. Desagregación temática

2.2.6. Fuentes de datos

2.2.7. Unidades estadísticas

2.2.8. Período de referencia

2.2.9. Periodo de recolección/acopio

2.2.10. Marco estadístico (censal o muestral)

2.2.11. Diseño muestral

2.2.12. Ajustes de cobertura (o ajuste de cobertura por no respuesta)

2.2.13. Especificaciones de ponderadores

##### 2.3. DISEÑO DE LA RECOLECCIÓN/ ACOPIO

2.3.1. Métodos y estrategias de recolección o acopio de datos

2.3.2. Estructura organizacional del operativo y conformación del equipo

2.3.3. Esquema de entrenamiento de personal

2.3.4. Convocatoria de selección del personal

2.3.5. Proceso de sensibilización y acuerdos de intercambio

2.3.6. Elaboración de manuales

2.3.7. Diseño de las estrategias de comunicación y plan de contingencias

2.3.8. Diseño de la estrategia de seguimiento y control

2.3.9. Diseño de sistemas de captura

2.3.10. Transmisión de datos

##### 2.4. DISEÑO DE PROCESAMIENTO

2.4.1. Consolidación de archivos de datos

2.4.2. Codificación

**2.4.3. Diccionario de datos**

**2.4.4. Revisión y validación**

**2.4.5. Diseño de instrumentos de edición (validación y consistencia) e imputación de datos**

**2.4.6. Diseño para la generación de cuadros de resultados**

**2.5. DISEÑO DEL ANÁLISIS**

**2.5.1. Métodos de análisis**

**2.5.2. Anonimización de microdatos**

**2.5.3. Verificación de la anonimización de microdatos**

**2.5.4. Comités de expertos**

**2.6. DISEÑO DE LA DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN**

**2.6.1. Diseño de sistemas de salida**

**2.6.2. Diseño de productos de comunicación y difusión**

**2.6.3. Entrega de productos**

**2.6.4. Estrategia de servicio**

**2.7. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DE LAS FASES DEL PROCESO**

**2.8. DISEÑO DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN Y FLUJOS DE TRABAJO**

**3. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA**

**GLOSARIO**

**BIBLIOGRAFÍA**

**ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) según el decreto 262 de 2004, tiene como objetivo *"Garantizar la producción, disponibilidad y calidad de la información estadística estratégica; así como dirigir, planear, ejecutar, coordinar, regular y evaluar la producción y difusión de información oficial básica". Adicionalmente, una de sus funciones, es la elaboración de "las cuentas anuales, trimestrales, nacionales, regionales y satélites, para evaluar el crecimiento económico nacional, departamental y sectorial"*.

En el marco de esta función, la Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales (DSCN) del DANE, elabora las cuentas satélites, como una extensión del sistema de cuentas nacionales, que comparte sus conceptos básicos, definiciones y clasificaciones; y amplían la capacidad analítica de un área de interés específico.

En este contexto, y teniendo en cuenta los lineamientos del Sistema Estadístico Nacional (SEN) para las operaciones estadísticas, se ha elaborado el presente documento metodológico para la Cuenta Satélite de Salud (CSS), basado en el enfoque del manual de Cuentas de Salud SHA (System of Health Accounts), el cual fue creado con el doble propósito de proporcionar una estructura para el acopio de datos internacionales y de construir un posible modelo para rediseñar y complementar las Cuentas Nacionales de Salud, con la finalidad de apoyar a quienes elaboran las políticas en esta área.

El documento se estructura en tres partes principales: Los antecedentes de la cuenta satélite de salud; el diseño de la operación estadística, que incluye: el temático y estadístico, el acopio, procesamiento, análisis, difusión y evaluación; y finalmente, la documentación relacionada.

## 1. ANTECEDENTES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud sufrió un importante cambio durante el proceso de descentralización de la década del 90, el cual estuvo orientado a cumplir lo establecido en la Constitución de 1991, respecto a consolidar a Colombia como una República unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales. Así, en el marco de este proceso se expidió la Ley 60 de 1993, la cual entregó las competencias operativas y de ejecución del sistema de salud a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), quedando los municipios y distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel. Dicha Ley fue derogada por la Ley 715 de 2001, "la cual aporta una partida presupuestal de la nación con destinación específica para el sector salud (art3º)"; en la cual, en el título III se establecen las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en el sector salud.

Asimismo, en el numeral 5 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se estableció la autonomía de las instituciones según *la cual "Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente (.)", en este sentido y de acuerdo con el Decreto 1298 de 1994 "Por el cual se expide el estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud", en el artículo 25 se señala: "El Sistema General de Seguridad Social en Salud amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de cobertura de los servicios de salud, apoyando la creación de Entidades Públicas Promotoras de Salud, de empresas solidarias de salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en el presente Estatuto, de los hospitales en Instituciones Prestadoras de Servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes Entidades Promotoras de Salud". En conclusión, aunque en este documento se presenten diferentes tipos de entidades prestadoras de salud (IPS, ESE, hospitales), es importante recalcar su similitud, en cuanto a su participación en el sistema como los entes encargados "de la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas" (Ley 100, 1993, Art. 156). En tal sentido, esta ley plantea un Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), definido como "el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica"*.

El SSSI está conformado por los regímenes de salud, pensiones, riesgos profesionales y los servicios complementarios; y renueva totalmente la organización, las entidades que lo integran y las transacciones que se realizan. Igualmente, da una participación importante a las entidades privadas y al sector solidario; y transforma la provisión de los servicios de salud en un sistema regido por las leyes del mercado.

El funcionamiento del sistema promulgado por la Ley 100 de 1993, no se reflejaba en la base 1994 de las cuentas nacionales de Colombia, en razón a que la reforma era demasiado reciente para analizarla y representarla adecuadamente, y las fuentes de información disponibles eran escasas y estaban en proceso de estabilización y ajuste.

Conscientes de las limitaciones de la base 1994 de las cuentas nacionales, y dada la importancia de la Seguridad Social en el desarrollo de políticas sociales y económicas, se implementó un proyecto especial en la DSCN, paralelo a la base 2000 de las Cuentas Nacionales, con el objeto de realizar un análisis renovado del sector de la salud y de la previsión social acorde a la nueva realidad.

Inicialmente se planteó como una Cuenta Satélite de la Salud y los Seguros Sociales (CSSSS), la cual por su rigidez conceptual dificultaba el enlace entre los conceptos utilizados por los actores en el área de la salud y la seguridad social y la representación en términos de cuentas nacionales. Para facilitar este enlace, se reorientó el proyecto hacia la construcción de una Cuenta Intermedia de la Salud como base para el posterior desarrollo de la Cuenta Satélite de Salud (CSS), es decir, un sistema de representación que, si bien incorporaba los análisis de cuentas nacionales, utilizaba los conceptos propios al sistema de seguridad social, como, por ejemplo, los conceptos de Unidad de Pago por Capitación (UPC), Plan Obligatorio de Salud (POS), etc. Finalmente, la Cuenta Intermedia de Salud se publicó en el año 2007, para el período 2000-2005.

En el año 2015, el DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social, presentan el primer avance de la segunda etapa de la CSS, que implementa el manual "A System of Health Accounts" (Sistema de Cuentas de Salud) o SHA (por sus siglas en inglés) publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Eurostat y la Organización Mundial de la Salud; en el año 2011.

El SHA 2011 constituye un estándar para clasificar los gastos en salud en función de tres ejes: Consumo, provisión y financiamiento. Las primeras publicaciones de la CSS, incluían la financiación, gastos de administración y servicios de salud dentro de los esquemas régimen contributivo y régimen subsidiado. En el año 2017, además de los resultados del esquema contributivo y subsidiado, se incluyó el esquema de financiación de los seguros privados y públicos que comprenden: Medicina prepagada, servicios de ambulancia prepagada, Planes Complementarios de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito (SOAT), seguros de alto costo, accidentes personales, riesgos laborales y otros seguros de salud.

## **2. DISEÑO DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA**

### **2.1. DISEÑO TEMÁTICO**

A continuación, se presenta la documentación de las necesidades de información de la CSS, así como los objetivos, el alcance, el marco de referencia, y se relacionan los estándares estadísticos utilizados en la cuenta.

#### **2.1.1. Necesidades de Información**

Considerando la Constitución Política de Colombia de 1991 en el artículo 48, que define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y la Ley 100 de 1993, surgió la necesidad de elaborar mediciones económicas en la prestación de los servicios de salud. Por lo anterior, Colombia implementó el manual SHA "A System of Health Accounts" versión 11, con el fin de desarrollar herramientas para medir el gasto en salud siguiendo estándares internacionales que permitieran evaluar la efectividad en el diseño de políticas de salud y su financiamiento.

El SHA 2011 plantea que el sistema se fundamenta en las cuentas relacionadas con la atención en salud de las unidades individuales y las organizaciones, así como con algunos agregados compilados como parte de las cuentas nacionales.

La cuenta satélite de salud, que sigue los lineamientos del SHA11, constituye uno de los principales aportes al Sistema General de Salud. Se presenta como un conjunto coherente de procedimientos estadísticos que permite la medición y el análisis de la prestación de servicio social en salud con miras al diseño y propuesta de políticas. Su aplicación hace posible la descripción de las principales interacciones que se dan dentro del sistema de salud en Colombia relacionadas con los ingresos y gastos.

### **2.1.2. Formulación de objetivos**

#### **a) Objetivo general**

Realizar la medición anual del gasto en salud y su financiación, en un esquema consistente con las cuentas nacionales, con base en los conceptos y clasificaciones propias de los agentes ligados al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, para que sirva como fuente de información relevante para el análisis del sector salud.

#### **b) Objetivos específicos**

- Realizar la medición anual de los ingresos monetarios de las Empresas Promotoras de salud (EPS) por la prestación de los servicios de salud, en un esquema consistente con las cuentas nacionales y en el marco de las recomendaciones del manual SHA 2011.
- Realizar la medición anual de los gastos de administración de los prestadores de servicios de salud, en un esquema consistente con las cuentas nacionales y en el marco de las recomendaciones del manual SHA 2011.
- Realizar la medición anual de los gastos en salud de los prestadores de servicios de salud, en un esquema consistente con las cuentas nacionales y en el marco de las recomendaciones del manual SHA 2011.

### **2.1.3. Alcance**

Las cuentas satélites son una extensión del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), y comparten sus conceptos básicos, definiciones y clasificaciones; permiten ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés socioeconómico, de una manera flexible y sin sobrecargar o distorsionar el sistema central.

En este contexto, la cuenta satélite de salud, es una extensión del marco central de la contabilidad nacional y permite ampliar el análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la medición de los ingresos y gastos de los administradores del esquema contributivo y subsidiado; y las compañías de seguros (medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagada, compañías de seguros privados, planes complementarios y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y la administradora de riesgos laborales).

Dentro de la cuenta satélite de salud no se ha incorporado información de algunas entidades públicas (entidades especiales y regímenes de excepción) porque su información no es completa. Es el caso de entidades que siguen prestando el servicio de salud directamente, sin compensar en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), es decir que están por fuera del sistema, ofreciendo paquetes de servicios que son usualmente diferentes del POS (Plan Obligatorio de Salud), como, por ejemplo, algunas universidades públicas, y las Fuerzas Militares y de Policía. Estos organismos se consideran como otros proveedores de seguros sociales en salud; no son siempre unidades institucionales (cuando no cuentan con cuentas completas de ingresos, gastos y patrimonio), en cuyo caso las provisiones de estos seguros sociales en salud corresponden a funciones secundarias desarrolladas por las unidades institucionales respectivas. Por lo tanto, las transacciones correspondientes al manejo de estos recursos deben considerarse en una segunda etapa dentro del marco de la CSS.

## 2.1.4. Marco de referencia

### a) Marco teórico

A partir del año 1993, en vista de las necesidades de hacer realidad el derecho a la salud consagrado en la constitución de 1991, se generó un proyecto de reforma del sistema general de seguros sociales cuyos lineamientos principales se encuentran plasmados en la Ley 100 de 1993.

El sistema de seguridad social integral (SSSI) fue creado en Colombia por la Ley 100 de 1993 y se define como *"un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para tener calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos laborales y los servicios sociales complementarios que se definen en la ley"*.

El SGSS en Colombia está integrado por dos regímenes, el contributivo para las personas con capacidad de pago, y el subsidiado. Sin embargo, reconociendo que no hay una afiliación universal a estos dos regímenes, también se prestan los servicios de salud al grupo llamado Población Pobre No Afiliada (PPNA) mediante asistencia social. Adicionalmente, existe también una protección de la población en general contra riesgos de salud que se provee mediante mecanismos clasificados como "otras transferencias sociales en especie", caso de las acciones de salud pública.

El régimen contributivo se considera un sistema de seguridad social, ya que la afiliación es obligatoria para todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, así como para los trabajadores independientes y los pensionados. Si bien las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas del proceso de afiliación y del recaudo de las contribuciones, los recursos recaudados le corresponden en derecho al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y a partir de agosto de 2017, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Por consiguiente, la entrega de las prestaciones es responsabilidad de la entidad para la cual estas contribuciones representan un ingreso, es decir, ADRES. Con el fin de proveer esta cobertura, ADRES, por medio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y del aporte a las EPS por incapacidades y licencias de maternidad y paternidad (que se consideran prestación de seguridad social pagada por ADRES) hace posible la afiliación de cada uno de sus afiliados a la EPS de su elección, la UPC y el aporte para incapacidades representan la prima bruta de seguros de cada afiliado, para obtener la cobertura de prestaciones que determina el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Aquellos servicios que superan la cobertura del POS, es decir, que no están asegurados a través de una EPS, los asume directamente ADRES, mediante el procedimiento denominado "recobro", en el que la EPS suministra la prestación y luego recobra a la entidad. Es el caso también de las licencias de maternidad, que corren totalmente a cargo de ADRES.

Las EPS tienen el papel de aseguradoras y administradoras del Sistema por encargo de ADRES, contratación y supervisión de los servicios de salud provistos a los afiliados y reciben una remuneración por este servicio, que en este caso es explícita y comprende un porcentaje de la UPC.

Dentro del régimen contributivo, además se encuentran los regímenes especiales que son aquellos grupos de población que se rigen por las normas legales concebidas antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, estos son: Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol, Magisterio, y universidades públicas (Universidad Nacional, Universidad de Cartagena, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja UPTC, Universidad del Atlántico, Universidad del Valle, Universidad de Córdoba). Estos regímenes administran su propio sistema de recaudo, y tienen contratación autónoma de los servicios de salud, por lo tanto, los vinculados a este régimen no aportan al sistema contributivo y subsidiado ya que están cobijados por un sistema especial de salud.

El régimen subsidiado se considera también un Sistema de Seguridad Social. En efecto, funciona como un sistema con afiliación con subsidio a la demanda, es decir, el Gobierno financia la afiliación individualizada de las personas que hacen parte del sistema mediante una contribución. A partir de la entrada en operación de ADRES, la entidad administra las rentas cedidas de salud y demás recursos a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del régimen subsidiado, los cuales eran manejados por las entidades territoriales.

Se debe señalar que el aporte que hace el gobierno al Sistema de Salud, por medio del subsidio a la demanda para el régimen subsidiado, corresponde a una prestación de asistencia social recibida por los asegurados potenciales. En otros regímenes de salud, por razón de su actividad, la ley estableció unas consideraciones que terminan especificando la aplicación del sistema de salud para ellos.

En el caso de la Población Pobre No Afiliada (PPNA), que se ha denominado "vinculada", la atención se provee principalmente vía el subsidio a la oferta, es decir, a través de un "pago por servicios" a los prestadores de salud. Por definición, en la medida que no hay afiliación, se trata de una prestación de asistencia social en salud.

## **b) Marco conceptual**

A continuación, se presentan los principales conceptos que contextualizan la CSS:

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES):** es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. Tiene como función el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, realiza los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelanta las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, para optimizar el flujo de recursos y verificar el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos. Fuente: <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres/que-es-la-adres>

**Consumo intermedio:** representa el valor de los bienes y servicios no durables utilizados como insumos en el proceso de producción para producir otros bienes y servicios. Contexto: Es el valor de los bienes y servicios consumidos como insumos en el proceso de producción, excluyendo activos fijos cuyo consumo es registrado como consumo de capital fijo; los bienes o servicios pueden ser tanto transformados como usados por el proceso de producción. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

**Entidades Promotoras de Salud (EPS):** entidades responsables de afiliación, registro de cotizantes y recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

**Esquemas de financiamiento de la salud:** son los principales mecanismos de financiamiento con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Por ejemplo, los pagos directos de los hogares, o los acuerdos de financiamiento con terceros, como el seguro social de salud, el seguro voluntario, etc. Fuente: SHA 2011.

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** entidades responsables de prestar servicios de salud en su nivel de atención correspondiente, dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

**Plan Obligatorio de Salud (POS):** conjunto de servicios de salud que todas las EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo. Fuente: conceptos estandarizados DANE.



**Régimen contributivo:** es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

**Régimen subsidiado:** conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad Fuente: conceptos estandarizados DANE.

**Remuneración de los asalariados:** remuneración total, en dinero o en especie, que paga una empresa a un asalariado como contraprestación del trabajo realizado por éste durante el período contable. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

### c) Marco legal o normativo

El marco regulatorio del actual sistema de salud, se enmarca en lo establecido en la Ley 100 de 1993 y las modificaciones en la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, entre otras. El Sistema se define como *"el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud"* (Congreso de la República, 2015).

El sistema denominado Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) que fue creado en Colombia por la Ley 100 de 1993 *"es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad"*. El Sistema de Seguridad Social Integral está bajo la dirección, la coordinación y el control del Estado, está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la ley.

Con respecto al marco regulatorio de la Cuenta Satélite de Salud, ésta se circunscribe en el Decreto 262 de 2004 *"por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y se dictan otras disposiciones"*, expedido por el Presidente de la República de Colombia, este Decreto en el artículo 2. Funciones generales, estipula que una de las funciones relativas a la Síntesis de Cuentas Nacionales es *"la elaboración de las cuentas anuales, trimestrales, nacionales, regionales y satélites, para evaluar el crecimiento económico nacional, departamental y sectorial"*; la Resolución 0560 del 14 de mayo de 2020, por la cual se adopta los lineamientos para el proceso estadístico en el Sistema Estadístico Nacional, versión 2; y la Resolución 621 del 29 de mayo de 2020, por medio de la cual se crean unos grupos internos de trabajo y se establecen sus funciones, esta Resolución crea en el DANE los grupos de trabajo de la Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales, y en el artículo segundo estipula como una de las funciones del Grupo Interno de Trabajo Área Cuentas Satélites, es *"garantizar el correcto desarrollo de los proyectos que representan las extensiones de Sistema de Cuentas Nacionales de Colombia SCNC para la generación de Cuentas Satélites de Sectores Claves y de Conceptos Alternativos que amplíen la frontera de producción en lo conceptual y metodológico implementado en el marco central del sistema"*.

### d) Referentes internacionales

La CSS se enmarca en las recomendaciones internacionales del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), que en la versión de 1993, abarca la totalidad del ámbito de las transacciones económicas y el desarrollo relacionado con sistemas satélites, que permiten un mayor enfoque en áreas funcionales tales como la salud, y en la versión 2008 recoge las recomendaciones más actualizadas.

Adicionalmente, la CSS sigue las recomendaciones del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA - System of Health Accounts versión 1), que fue creado con "el doble propósito de proporcionar una estructura para la recogida de datos internacionales y de constituir un posible modelo para rediseñar y complementar las Cuentas Nacionales de Salud"., Igualmente, se establecen dos objetivos adicionales, el primero, normalizar las clasificaciones y presentaciones con el fin de facilitar las comparaciones internacionales y el segundo, aproximarse a los principios y métodos utilizados en las cuentas nacionales, con el fin de facilitar la integración del análisis de la salud y del gasto en salud y de la definición de sus prioridades dentro de las políticas macroeconómicas más generales.

Para lograr este propósito, el SHA propone una clasificación internacional para las cuentas de salud (International Classification for Health Accounts ICHA) de carácter tridimensional, que permite desglosar la atención de la salud por:

- Funciones (Health Care - HC);
- Proveedores de salud (Health Providers - HP);
- Fuentes de financiación de salud (Health Financing - HF).

Estas clasificaciones proporcionan los vínculos básicos con los datos no monetarios, como el empleo. Se basan en experiencias nacionales, y se relacionan con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Actividades (CIIU), la Clasificación Central de Productos (CPC, por sus siglas en inglés) y la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (COICOP, por sus siglas en inglés).

El SHA 2011 proporciona un estándar para la clasificación del gasto en salud, de acuerdo a los tres ejes del consumo, provisión y financiamiento; y proporciona una guía y soporte metodológico en la compilación de las cuentas de salud.

Un capítulo particular del SHA trata de la financiación de la atención de la salud, y presenta un interés particular para el propósito de la CSS, ya que propone una representación matricial que permite visualizar, dentro de un mismo cuadro, todos los flujos de empleos y recursos por tipo de transacción y por agente, utilizando la misma clasificación institucional y la misma clasificación de transacciones económicas que las cuentas nacionales.

### **e) Referentes nacionales**

A nivel nacional, la CSS tiene como referente el marco central de las cuentas nacionales, que mide el valor agregado de las actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales, y la oferta y la utilización de los servicios para pacientes hospitalizados; servicios médicos como: cirugías, consulta externa, imágenes diagnósticas, servicios odontológicos y otros servicios sanitarios; y los servicios de atención residencial para personas mayores y personas con discapacidad; otros servicios sociales con alojamiento; servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y personas con discapacidad; otros servicios sociales sin alojamiento.

### **2.1.5. Definición de variables y construcción de indicadores estadísticos**

Las variables medidas en la CSS están enmarcadas en el sistema de cuentas de salud SHA 2011, que proporciona un estándar para la clasificación del gasto en salud de acuerdo a los tres ejes del consumo, provisión y financiamiento:

FS: Clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento  
FP: Clasificación de los factores de producción de servicios de salud  
HC: Clasificación de las funciones de salud

En tal sentido, se definen las siguientes variables para la CSS:

- Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud (FS.1): "esta partida se refiere a los fondos asignados a salud, provenientes de los ingresos internos del gobierno" (SHA 2011) (ver tabla 1).
- Contribuciones a la seguridad social - salud (FS.3): "son pagos de los empleadores en nombre de sus trabajadores o de los trabajadores autónomos, personas en desempleo o que trabajan por su propia cuenta, realizados con el propósito de tener derecho a las prestaciones de la seguridad social" (SHA 2011).
- Otros ingresos del país (FS.6): "esta categoría incluye los ingresos del país para financiar los regímenes no incluidos en FS.1 a FS.5. Las subcategorías se definen de acuerdo a las unidades institucionales que realizan las transferencias voluntarias:
  - Otros ingresos de los hogares n.e.p. (FS.6.1)
  - Otros ingresos de sociedades n.e.p. (FS.6.2)
  - Otros ingresos de instituciones sin fines de lucro n.e.p. (FS.6.3)" (SHA 2011).
- Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema (FS.8): esta categoría está conformada por las transferencias realizadas por la ADRES a las EPS por UPC, es decir el valor que el sistema reconoce por cada afiliado, sea cotizante o beneficiario.
- Remuneración de los asalariados (FP.1): esta categoría "incluye los sueldos y salarios y todo tipo de prestaciones sociales, pagos por horas extras y las que haya trabajado por la noche, complementos y el valor de los pagos en especie como por ejemplo los uniformes del personal médico" (SHA 2011).
- Otros consumos intermedios (FP.3): esta categoría incluye el valor total de los bienes y servicios utilizados para prestar los servicios de salud. Se divide en dos subcategorías:
  - Servicios que no son de la salud: registran servicios de vigilancia, aseo, servicios públicos, asesoría jurídica, etc.
  - Bienes que no son de salud: registran gastos como elementos de aseo y cafetería, combustibles y lubricantes, útiles, papelería, etc.
- Otros gastos (FP.5): comprende las siguientes subcategorías:
  - Impuesto sobre la producción
  - Primas brutas de seguros
  - Arrendamientos operativos
- Atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud): en esta categoría se registran los costos por la prestación de los servicios de salud.

Para la CSS se obtienen los siguientes indicadores:

- Total ingresos: corresponde a la sumatoria de las transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud, contribuciones a la seguridad social en salud y otros ingresos de origen nacional.

Total ingresos = transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud + contribuciones a la seguridad social en salud + otros ingresos de origen nacional

- Total gastos de administración: corresponde a la sumatoria de la remuneración de los asalariados, los otros consumos intermedios y los otros gastos

Total gastos de administración = remuneración de los asalariados + otros consumos intermedios + otros gastos

- Total gastos en salud: corresponde a la sumatoria de atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) y servicios de atención preventiva

Total gastos en salud = atención de funciones de salud + servicios de atención preventiva

- Total gastos de salud y administración: corresponde a la sumatoria de los gastos de administración y los gastos en salud.

Total gastos de salud y administración = Gastos de administración + Gastos en salud

## 2.1.6. Plan de resultados

De acuerdo con los objetivos de la CSS, el plan de resultados incluye un boletín técnico y los siguientes cuadros de salida:

- Ingresos y gastos de los administradores del esquema contributivo
- Ingresos y gastos de los administradores del esquema subsidiado
- Ingresos y gastos de las compañías de seguros
- Ingresos y gastos de los administradores de medicina prepagada
- Ingresos y gastos de los administradores del servicio de ambulancia prepagada
- Ingresos y gastos de los administradores de planes complementarios
- Ingresos y gastos de los administradores del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

**Tabla 1. Cuadro de salida ingresos y gastos**

Ingresos						
Variable SHA	Descriptiva SHA	ADRES	EPS Privadas	EPS Públicas	Total EPS	Total Contributivo
<b>Ingresos y gastos de los administradores del esquema contributivo</b>						
Clasificación según "A System of Health Accounts 2011"						
Valores a precios corrientes						
Miles de millones de pesos						
Año n						
<b>FS.1</b>	<b>Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud</b>					
FS.1.1	Transferencias internas y subvenciones					
FS.1.2	Transferencias del gobierno con destino a grupos específicos					
FS.1.3	Subsidios					
FS.1.4	Otras transferencias de los ingresos públicos internos					
<b>FS.2</b>	<b>Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno</b>					
<b>FS.3</b>	<b>Contribuciones a la seguridad social - salud</b>					
FS.3.1	Contribuciones a la seguridad social de los trabajadores					
FS.3.2	Contribuciones a la seguridad social de los empleadores					
FS.3.3	Contribuciones a la seguridad social de los trabajadores independientes					
FS.3.4	Otras contribuciones a seguridad social salud de otros seguros sociales					
<b>FS.4</b>	<b>Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3)</b>					
FS.4.1	Prepagos obligatorios de personas y hogares					
FS.4.2	Prepagos obligatorios de empleadores					
FS.4.3	Otros prepagos obligatorios					
<b>FS.5</b>	<b>Prepagos voluntarios</b>					
FS.5.1	Prepagos voluntarios de personas y hogares					
FS.5.2	Prepagos voluntarios de empleadores					
FS.5.3	Otros prepagos voluntarios					
<b>FS.6</b>	<b>Otros ingresos de origen nacional</b>					
FS.6.1	Otros ingresos provenientes de los hogares n.e.p.					
FS.6.2	Otros ingresos provenientes de empresas n.e.p.					
FS.6.3	Otros ingresos de las ISFLH n.e.p (Instituciones sin fines de lucro)					
FS.6.9	Otros ingresos varios RC					
<b>FS.7</b>	<b>Transferencias directas del resto del mundo</b>					
FS.7.1	Transferencias financieras externas directas					
FS.7.2	Ayuda externa directa en especie					
<b>FS.8</b>	<b>Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema.</b>					

<b>Total ingresos SHA</b>						
<b>Gastos administración</b>						
Variable SHA	Descriptiva SHA	ADRES	EPS Privadas	EPS Públicas	Total EPS	Total Contributivo
FP.1	Remuneración de los asalariados					
FP.1.1	Sueldos y salarios (definición CN)					
FP.1.2	Contribuciones sociales de los empleadores					
FP.2	Remuneración de los proveedores de servicios de salud autónomos no asalariados					
FP.3	Otros consumos intermedios					
FP.3.1	Servicios de salud					
FP.3.2	Bienes de salud					
FP.3.3	Servicios que no son de la salud					
FP.3.4	Bienes que no son de la salud					
FP.4	Consumo de capital fijo					
FP.5	Otros gastos					
FP.5.1	Impuestos sobre la producción otros que los impuestos al producto					
FP.5.2	Arrendamientos operativos					
FP.5.3	Impuestos sobre el ingreso y la riqueza					
FP.5.4	Primas brutas de seguros					
FP.5.5	Otras transferencias corrientes					
FP.5.6	Otros gastos					
FS.8	Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema					
<b>Total gastos administración SHA</b>						
<b>Gastos salud</b>						
Variable SHA	Descriptiva SHA	ADRES Compensación	EPS Privadas	EPS Públicas	Total EPS	Total Contributivo
HC.1	Servicios de asistencia curativa					
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria					
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día					
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria					
HC.1.4	Servicios de asistencia curativa domiciliaria					
HC.2	Servicios de rehabilitación					
HC.2.1	Rehabilitación hospitalaria					
HC.2.2	Rehabilitación en hospitalización de día					
HC.2.3	Rehabilitación ambulatoria					
HC.2.4	Servicios de rehabilitación domiciliaria					
HC.3	Servicios de atención en salud de larga duración					
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria					
HC.3.2	Atención de larga duración hospitalización día					
HC.3.3	Atención de larga duración ambulatoria					
HC.3.4	Atención de larga duración domiciliaria					
HC.4	Servicios auxiliares (no especificado por función)					
HC.4.1	Servicios de laboratorio					
HC.4.2	Servicios de imaginología					
HC.4.3	Transporte de pacientes					
HC.4.4	Otros servicios auxiliares no clasificados					
HC.5	Productos, aparatos y equipos médicos (no especificado por función)					
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos					
HC.5.2	Aparatos y equipos terapéuticos					
HC.1 a HC.5	Atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud)					
HC.6	Servicios de atención preventiva					
HC.7	Gobierno, administración y financiamiento del sistema de salud					
HC.7.1	Rectoría y administración del sistema de salud					
HC.7.2	Administración del financiamiento de la salud					
HC.9	Otros servicios de atención en salud no clasificados en otra parte					
FS.8	Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema					
<b>Total gastos salud SHA</b>						
<b>Total gastos salud y administración SHA</b>						

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

### 2.1.7. Estándares estadísticos utilizados

- **Clasificación de transacciones**

La CSS utiliza como estándar las transacciones SHA de las cuentas de los ingresos y gastos, relacionados con la prestación del servicio de salud.

**Tabla 2. Clasificación de transacciones SHA**

Variable SHA	Descriptiva SHA
FS.1	Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud
FS.2	Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno
FS.3	Contribuciones a la seguridad social - salud
FS.4	Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3)
FS.5	Prepagos voluntarios
FS.6	Otros ingresos de origen nacional
FS.7	Transferencias directas del resto del mundo
FS.8	Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema
FP.1	Remuneración de los asalariados
FP.2	Remuneración de los proveedores de servicios de salud autónomos no asalariados
FP.3	Otros consumos intermedios
FP.4	Consumo de capital fijo
FP.5	Otros gastos
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención en salud de larga duración
HC.4	Servicios auxiliares (no especificado por función)
HC.5	Productos, aparatos y equipos médicos (no especificado por función)
HC.6	Servicios de atención preventiva
HC.7	Gobierno, administración y financiamiento del sistema de salud
HC.9	Otros servicios de atención en salud no clasificados en otra parte

Fuente: DANE, Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales (DSCN) a partir del SHA 2011.

### 2.1.8. Diseño del cuestionario

La Cuenta Satélite de Salud es una estadística derivada, para la que no aplica el diseño del cuestionario.

### 2.1.9. Normas, especificaciones o reglas de edición e imputación de datos

La Cuenta Satélite de Salud es una estadística derivada, para la que no aplican normas, especificaciones o reglas de edición e imputación de datos.

## 2.2. DISEÑO ESTADÍSTICO

El diseño estadístico de la CSS consiste en la de-finición del universo de estudio, la población, las unidades estadísticas, y los períodos.

### **2.2.1. Universo de estudio**

El universo de estudio de la CSS comprende las unidades institucionales residentes que desarrollan actividades consideradas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional.

### **2.2.2. Población objetivo**

La población objetivo comprende las unidades institucionales residentes que desarrollan actividades consideradas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional.

### **2.2.3. Cobertura geográfica**

La cobertura geográfica de la CSS es nacional

### **2.2.4. Desagregación geográfica**

Para la CSS, la desagregación geográfica es total nacional.

### **2.2.5. Desagregación temática**

Los resultados de la CSS se presentan desagregados a nivel de variables SHA (cuentas de salud), con la clasificación de ingresos, gastos de administración y gastos salud.

### **2.2.6. Fuentes de datos**

Las fuentes de datos de la CSS son:

- Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud)
- Superintendencia Financiera de Colombia (Superfinanciera)
- Ministerio de salud y protección social (MSPS)
- Contaduría General de la Nación
- Administradora de los recursos de la seguridad social en salud (ADRES).

### **2.2.7. Unidades estadísticas**

Unidad de observación y análisis: unidades institucionales residentes que desarrollan actividades consideradas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional.

### **2.2.8. Período de referencia**

El periodo de referencia de la CSS es anual.

### **2.2.9. Periodo de recolección/acopio**

El acopio de la información se realiza anualmente.

### **2.2.10. Marco estadístico (censal o muestral)**

La CSS es una operación estadística derivada, por lo cual no aplica el diseño de marco estadístico.

### **2.2.11. Diseño muestral**

La CSS es una operación estadística derivada, por lo cual no aplica el diseño muestral.

### **2.2.12. Ajustes de cobertura (o ajuste de cobertura por no respuesta)**

La CSS es una operación estadística derivada, por lo cual no aplican ajustes de cobertura.

### **2.2.13. Especificaciones de ponderadores**

La CSS es una operación estadística derivada, por lo cual no aplica el diseño de ponderadores.

## **2.3. DISEÑO DE LA RECOLECCIÓN/ ACOPIO**

La información básica necesaria para el cálculo de la CSS, se obtiene mediante acopio de las bases de datos de las fuentes de información mencionadas.

### **2.3.1. Métodos y estrategias de recolección o acopio de datos**

El acopio de información básica de la CSS se realiza a través de la consulta en página web de las siguientes entidades:

- Administradora de los recursos de la seguridad social en salud (ADRES)
- Contaduría General de la Nación: estados financieros de las Empresas Sociales del Estado (ESES)
- Superintendencia Financiera de Colombia: formato 290 (ingresos y gastos de pólizas de seguros en salud)
- Superintendencia Nacional de Salud: estados financieros de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS).

El proceso de acopio de información para estas fuentes de datos se realiza de acuerdo al cronograma de actividades de la CSS. El acceso a la información se realiza a través de la página web de las entidades y se almacena en un archivo MS Excel, para su posterior procesamiento e integración.

Con estos insumos, se procede a organizar, consolidar e integrar la información de los estados financieros, según las variables SHA, para los esquemas contributivo, subsidiado y compañías de seguros privadas y públicas, revisando la cobertura y consistencia de los datos.

### **2.3.2. Estructura organizacional del operativo y conformación del equipo**

El equipo de la CSS está conformado por dos profesionales de planta, encargados de realizar el acopio, procesamiento y análisis de la información, y de elaborar los productos de publicación. Adicionalmente, los encargados de las coordinaciones del Grupo Interno de Trabajo Cuentas Satélites y el Grupo Interno de Trabajo Cuentas Satélites de Sectores Claves, realizan las actividades de planeación, seguimiento a los planes de trabajo, y garantizan la calidad de los resultados.

### **2.3.3. Esquema de entrenamiento de personal**

El proceso de capacitación de la fase de acopio está a cargo de la coordinación del Grupo Interno de Trabajo Área Cuentas Satélites, y se desarrolla según los lineamientos para el proceso estadístico.



El entrenamiento se programa en el cronograma de actividades de la CSS, y utiliza como material de apoyo una presentación en Power Point donde se explica cada uno de los subprocesos de la fase de acopio: preparación, ejecución, cierre y evaluación. Asimismo, se presenta el proceso de acopio para la CSS, y se especifica para cada fuente de datos el método de acopio y el contacto de la fuente. Finalmente se describe el proceso de análisis de consistencia de la información.

#### **2.3.4. Convocatoria de selección del personal**

El equipo de trabajo de la CSS está conformado por dos profesionales de planta y los coordinadores del GIT Área Cuentas Satélites y el GIT Cuentas Satélites de Sectores Claves, por lo tanto, no se realiza convocatoria para selección de personal.

#### **2.3.5. Proceso de sensibilización y acuerdos de intercambio**

Para crear mecanismos de comunicación y socializar los principales aspectos de la CSS se realizan mesas de trabajo con las fuentes de datos, donde se presentan los objetivos, métodos y características del acopio, así como la importancia y los beneficios de los datos que requiere la cuenta.

Como material de apoyo se utiliza una presentación en Power Point, que contiene además de los objetivos, la descripción general de la metodología, fuentes de datos, proceso de acopio, y productos de publicación de la CSS. Adicionalmente, se presenta la política de protección de datos personales.

#### **2.3.6. Elaboración de manuales**

Los subprocesos relacionados con la fase de acopio: preparación, ejecución, cierre y evaluación, se documentan y detallan en el documento de descripción del modelo funcional de la CSS.

#### **2.3.7. Diseño de las estrategias de comunicación y plan de contingencias**

A nivel interno, el flujo de comunicaciones de la CSS se realiza a través de reuniones periódicas que tienen como objetivo, hacer seguimiento al cronograma de actividades definido para el acopio de fuentes de datos. A nivel externo la comunicación se realiza con las fuentes, a través de los procesos de sensibilización establecidos y a través de mesas de trabajo periódicas.

Si se presentan situaciones imprevistas en el proceso de acopio de las fuentes de datos para la CSS, los coordinadores de los GIT Área Cuentas Satélites y Cuentas Satélites de Sectores Claves, programan una reunión inicial con el equipo de trabajo, para determinar el plan de contingencias que permitirá solucionar los imprevistos y garantizar el cumplimiento del cronograma establecido para la CSS.

#### **2.3.8. Diseño de la estrategia de seguimiento y control**

El cumplimiento de las actividades relacionadas con la fase de acopio de la CSS, se garantiza a través del seguimiento al cronograma y plan de trabajo establecidos. Se realizan reuniones periódicas para verificar el avance de las actividades y el resultado del seguimiento, se consolida en la lista de chequeo de la CSS y en el informe final de evaluación.

#### **2.3.9. Diseño de sistemas de captura**

La CSS es una estadística derivada, para la que no aplica el diseño de sistemas de captura de datos. Sin embargo, es importante mencionar que la información básica se captura en Excel, que es el programa de software de hojas de cálculo de Microsoft Office. Con respecto al aseguramiento de la información copiada, ésta se garantiza a través del backup periódico mensual que se realiza en la DSCN.

### **2.3.10. Transmisión de datos**

Para la CSS no se realiza proceso de transmisión de datos.

## **2.4. DISEÑO DE PROCESAMIENTO**

### **2.4.1. Consolidación de archivos de datos**

Los datos acopiados de los estados financieros de las unidades institucionales que desarrollan actividades relacionadas con la prestación del servicio de salud, se transforman y se consolidan en hojas de cálculo de Microsoft Excel.

Una vez acopiada la información de las diferentes fuentes de datos, se realiza la homologación de las variables de las fuentes a las transacciones SHA.

### **2.4.2. Codificación**

La CSS se estructura a partir de las recomendaciones y lineamientos internacionales basados en la clasificación SHA. Las variables de la CSS se homologan a partir de las cuentas relacionadas con la prestación de servicios de salud, las cuales se encuentran en los estados financieros de las fuentes.<sup>3</sup>

**Tabla 3. Homologación códigos Plan Único de Cuentas (PUC) con clasificación de transacciones SHA**

Variable SHA	Descriptiva SHA	Código PUC	Denominación		
FS.1	Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud	470508	Funcionamiento		
FS.6	Otros ingresos de origen nacional	41020901	Copagos y cuotas moderadoras		
		42011701	Intereses, multas, sanciones, recobros		
FS.8	Partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema	41020101	Unidad de pago por capitación (UPC)		
		41020201	Unidad de pago por capitación adicional		
		41021501	Ajuste por desviación de siniestralidad cuenta de alto costo		
		41020301	Unidad de pago para actividades de promoción y prevención		
		41021201	Recobros al Fosyga		
		41021601	Recobros al Fosyga - prestación de servicios no incluidos en el (POS)		
		41021701	Recobros al Fosyga - fallos de tutela		
		41021801	Recobros al Fosyga - servicios prestados con periodos mínimos de cotización		
		41021301	Ingresos por recobros a entidades territoriales		
		41022001	Recobros sentencias judiciales entidades territoriales		
		41022101	Recobros-comité técnico científico entidades territoriales		
		FS.8.1	Recobros ARL	41021001	Recobros ARL
FP.1.1	Sueldos y salarios	51010101	Sueldos		
		51010201	Salario integral		
		51010601	Horas extras y recargos		
		51010701	Subsidio de alimentación		
		51010801	Auxilio de transporte		
		51010901	Bonificaciones		
		51050201	Intereses sobre cesantías		
		51050301	Vacaciones		
		51054201	Primas extralegales		
		51054501	Auxilios		
				51050401	Prima de vacaciones
				51050501	Prima de servicios
		51055901	Otras primas		
		51050701	Dotación y suministro a trabajadores		
		51060101	Capacitación al personal		
		51060401	Gastos deportivos y de recreación		
		51060501	Dotaciones y suministros		
FP.1.2	Contribuciones sociales de los empleadores	51030101	Aportes ARL		
		51030201	Aportes a EPS		
HC.1 a HC.5	Atención funciones de salud	61021401	Enfermedades catastróficas y enfermedades de alto costo		
		61030101	Fallos de tutela		
		61030201	Comité técnico científico		
		61030301	Prestación de servicios no incluidos en el POS		
		61050101	Costo prestación de servicios IPS propias		
		61030501	Otros costos operacionales		
HC.6	Servicios de atención preventiva	61021301	Contratos para actividades de promoción y prevención		

Fuente: DANE, Cuentas nacionales

### 2.4.3. Diccionario de datos

El diccionario de datos de la CSS está integrado por el diccionario de datos de cada una de las fuentes de información, donde se definen los datos incluidos en el procesamiento (código y descripción de la variable, tipo de datos, longitud, valores válidos, regla de validación).

### 2.4.4. Revisión y validación

La revisión y validación del archivo de datos consolidado, se realiza a través del análisis de consistencia, y revisión de la completitud de la información de cada una de las variables, revisando si hay datos atípicos o faltantes para cada variable. Adicionalmente se analizan los niveles y las tasas de crecimiento de las variables SHA, y la coherencia de los datos.

### **2.4.5. Diseño de instrumentos de edición (validación y consistencia) e imputación de datos**

La validación y consistencia de la base de datos consolidada de la CSS se realiza a través de Microsoft Excel. El proceso de validación consiste en verificar la consistencia de los estados financieros de las EPS del régimen contributivo y subsidiado; y de las compañías de seguros en salud voluntarios (medicina prepagada, planes complementarios, etc.) y obligatorio (SOAT), realizando las siguientes revisiones:

- Revisión en serie de los niveles de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Revisión en serie de los niveles de copagos, recobros, transferencias, primas de seguros.
- Revisión en serie de los niveles de gastos y costos.
- Revisión de la estructura de las cuentas de los estados financieros.

Adicionalmente se realiza un proceso de conciliación con la Mesa de Trabajo del Ministerio de Salud y Protección Social, en la que se analiza la clasificación de ingresos y gastos de las cuentas relacionadas con la prestación de servicios de salud.

### **2.4.6. Diseño para la generación de cuadros de resultados**

Una vez finalizada la fase de acopio de la CSS, se inicia el proceso de homologación de las cuentas de salud de los estados financieros, según el manual SHA 2011 (ver tabla 3).

A partir de la homologación, se agregan los resultados por tipo de variable SHA para cada régimen (contributivo, subsidiado y compañías de seguros) según la estructura propuesta de los cuadros de salida (tabla 1).

## **2.5. DISEÑO DEL ANÁLISIS**

En la fase de análisis de la CSS se preparan los borradores de los cuadros de salida y se validan los resultados a través del análisis de consistencia de las cifras; adicionalmente se interpretan y explican los resultados mediante la elaboración de un documento de contexto.

### **2.5.1. Métodos de análisis**

Para la validación y consistencia de los resultados se realizan las siguientes revisiones:

- Revisión de totales de las variables SHA: se verifica que la sumatoria de las variables SHA a dos dígitos corresponda al total de la variable a un dígito, según la tabla 1.
- Revisión de totales de ingresos: se verifica que la sumatoria de las transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud, las contribuciones a la seguridad social en salud, y los otros ingresos de origen nacional, corresponda al total de ingresos.
- Revisión de totales de gastos de administración: se verifica que la sumatoria de remuneración de los asalariados, los otros consumos intermedios, los otros gastos y las partidas entre esquemas de financiación y dentro de cada esquema, corresponda al total de gastos de administración.
- Revisión total gastos de salud: se verifica que la sumatoria de atención funciones de salud (diferentes a atención preventiva y administración del sistema de salud) y servicios de atención preventiva, corresponda al total de gastos de salud.

### **2.5.2. Anonimización de microdatos**

La CSS es una estadística derivada, para la que no aplica el diseño de anonimización de microdatos.

### **2.5.3. Verificación de la anonimización de microdatos**

La CSS es una estadística derivada, para la que no aplica la verificación de la anonimización de microdatos.

### **2.5.4. Comités de expertos**

De acuerdo con los protocolos establecidos por el DANE en la resolución 3121 del 31 de diciembre de 2018, la CSS realiza tres comités: uno corresponde al pre comité con el grupo de coordinadores de la Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales. El segundo comité, está conformado por el equipo temático de la cuenta, delegados de las direcciones técnicas, la Subdirección y la Dirección del DANE. Estos comités tienen como objetivo garantizar la calidad estadística de las fases del proceso estadístico. Por último, y una vez publicados los resultados en la página web, se realiza el comité externo, con el objeto de presentar los resultados de la CSS a entidades públicas y privadas y otros usuarios externos.

## **2.6. DISEÑO DE LA DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN**

Finalizada la producción de la CSS, la información se difunde en página Web a través de la Dirección de Difusión, Comunicación y Cultura Estadística (DICE), con el propósito de ofrecer a los usuarios el compendio de resultados.

### **2.6.1. Diseño de sistemas de salida**

Una vez procesados los cuadros de salida, éstos se almacenan en cuadros de Microsoft Excel ubicados en el servidor del DANE, a partir del diseño de las tablas estructuradas para la publicación de resultados.

### **2.6.2. Diseño de productos de comunicación y difusión**

Los resultados de la CSS se difunden a través de la página web del DANE, publicada en el calendario web. Los productos de publicación incluyen un boletín técnico y un anexo de resultados.

### **2.6.3. Entrega de productos**

La entrega de productos de la CSS se realiza mediante la publicación en la página web del DANE, de acuerdo con la fecha y horario establecido en el calendario anual de publicaciones.

En el siguiente enlace se disponen los productos de publicación de la CSS:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/cuenta-satelite-de-Salud-en-colombia>

### **2.6.4. Estrategia de servicio**

Para brindar soporte, orientación y respuesta oportuna a los diferentes grupos de interés; la CSS se vale de las diferentes herramientas y mecanismos que el DANE ha dispuesto a través de los siguientes canales:

1. Sala de procesamiento especializado, donde los diferentes grupos de interés pueden realizar consultas de toda la información producida por la CSS, sus principales variables y resultados.
2. A través del correo electrónico institucional (contacto@dane.gov.co) o de manera telefónica, los grupos de interés pueden hacer llegar consultas propias de esta operación estadística; las cuales son respondidas de manera oportuna y bajo los lineamientos de calidad establecidos. El sistema documental del DANE, permite que se clasifiquen los requerimientos de los grupos de interés por temática. De esta manera, una vez son

radicadas las solicitudes a través de internet o de manera física, se digitalizan y asignan a la DSCN, en donde se brinda la atención o respuesta propia de cada requerimiento.

3. A través del Sistema de Información de Atención a la Ciudadanía (SIAC), la CSS, obtiene la medición e indicadores de satisfacción del servicio que se presta al ciudadano que recurre a la consulta de los resultados publicados o tiene dudas acerca de la metodología de producción.

Finalmente, la DSCN realiza el seguimiento correspondiente a cada requerimiento relacionado con la CSS, a través del Grupo Interno de Trabajo de Cuentas Satélites de Sectores Claves.

## 2.7. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DE LAS FASES DEL PROCESO

La CSS aplica procesos de autoevaluaciones parciales en cada una de las fases de su proceso de producción, para asegurar la calidad de los resultados publicados.

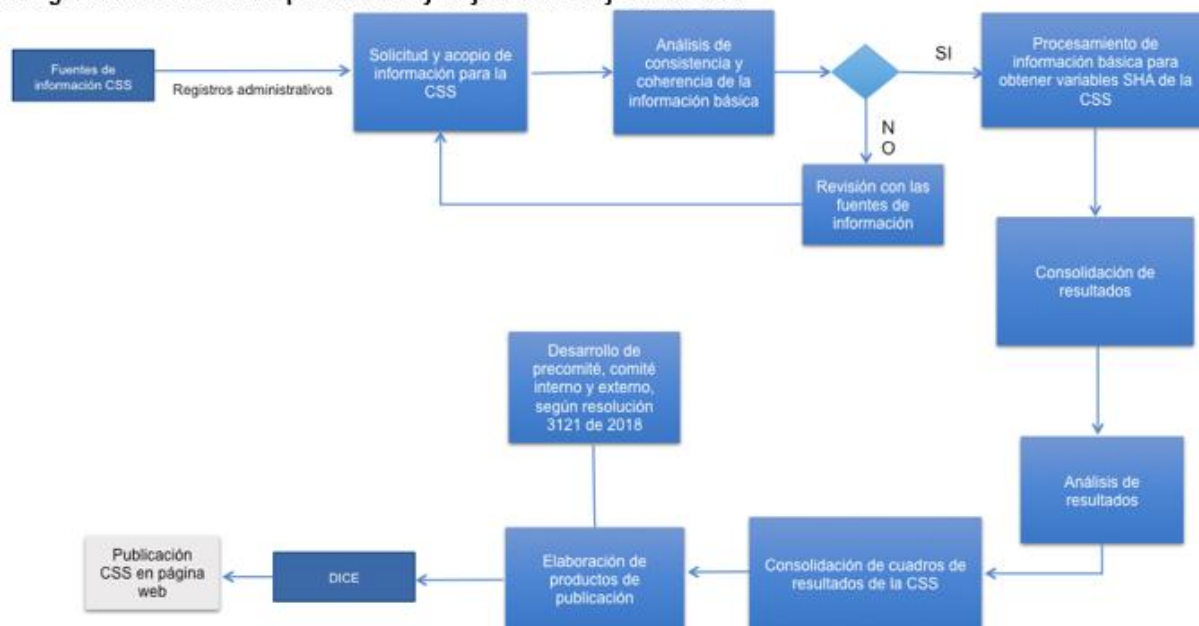
A lo largo de todo el proceso de producción estadística, se hace un seguimiento riguroso al cumplimiento del cronograma establecido y aprobado por la Dirección Técnica, se implementan listas de chequeo que establecen los requerimientos de calidad de los subprocesos y productos resultantes de estos, y se llevan a cabo mesas técnicas para la revisión y análisis de los mismos.

Los resultados de la operación estadística se socializan y analizan en comités, con el fin de poder asegurar la calidad de estos, mediante un análisis de coherencia macroeconómica y de contexto. Finalmente, dentro del marco normativo vigente de la entidad (NTCPE 1000 del 2020); la CSS, está alineada con los requerimientos de las auditorías internas en materia de gestión documental (SDI) a que haya lugar, de las cuales, si fuere el caso, se acogerían las recomendaciones para la elaboración de planes de mejoramiento del proceso de producción estadística (PES).

## 2.8. DISEÑO DE LOS SISTEMAS DE PRODUCCIÓN Y FLUJOS DE TRABAJO

El diagrama 1 presenta el sistema de producción y flujos de trabajo de la CSS.

Diagrama 1. Sistema de producción y flujos de trabajo de la CSS



Fuente: DANE, Cuentas nacionales

### 3. DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

Los siguientes, son los documentos relacionados con la CSS:

- Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) 2008
- System of Health Accounts (SHA) versión 11
- Manual de Estadísticas de finanzas públicas 2014
- Catálogos de información financiera de las EPS del régimen contributivo y subsidiado - Superintendencia Nacional de Salud

### GLOSARIO

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES): es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. Tiene como función el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud, realiza los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelanta las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, para optimizar el flujo de recursos y verificar el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos. Fuente: <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres/que-es-la-adres>

Consumo intermedio: representa el valor de los bienes y servicios no durables utilizados como insumos en el proceso de producción para producir otros bienes y servicios. Contexto: Es el valor de los bienes y servicios consumidos como insumos en el proceso de producción, excluyendo activos fijos cuyo consumo es registrado como consumo de capital fijo; los bienes o servicios pueden ser tanto transformados como usados por el proceso de producción. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Copago: es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). Fuente: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Glosario.pdf>

Cuotas moderadoras: son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. Fuente: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Glosario.pdf>

Entidades Promotoras de Salud (EPS): entidades responsables de afiliación, registro de cotizantes y recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Esquemas de financiamiento de la salud: son los principales mecanismos de financiamiento con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Por ejemplo, los pagos directos de los hogares, o los acuerdos de financiamiento con terceros, como el seguro social de salud, el seguro voluntario, etc. Fuente: SHA 2011.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): entidades responsables de prestar servicios de salud en su nivel de atención correspondiente, dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Plan Obligatorio de Salud (POS): conjunto de servicios de salud que todas las EPS, sin excepción, deben prestarles a todas las personas que estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por el Régimen Contributivo. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Régimen contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Régimen subsidiado: conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Remuneración de los asalariados: remuneración total, en dinero o en especie, que paga una empresa a un asalariado como contraprestación del trabajo realizado por éste durante el período contable. Fuente: conceptos estandarizados DANE.

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT): es un seguro obligatorio para todos los vehículos (incluye motocicletas) que transiten por el territorio nacional. Ampara los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito. Fuente: Fasecolda  
<https://fasecolda.com/ramos/soat/preguntas-frecuentes/o>

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio en salud y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población. Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>

Vinculados: personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. Fuente:  
<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/aseguramiento.aspx>

## **BIBLIOGRAFÍA**

Administradora de los Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES) (2019). Liquidación Mensual de Afiliados (LMA).

Decreto 262 de 2004 por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y se dictan otras disposiciones.

Federico Dorin y Amparo Gordillo (2008). Comparación del Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 y el Sistema de Cuentas de Salud. Washington: EEUU.

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

Ministerio de Salud y Protección Social (2010). Compensación régimen contributivo

Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA - System of Health Accounts versión 11)

Superintendencia Financiera de Colombia, industria aseguradora, formato 290, ramos de seguros de salud.



Superintendencia Nacional de Salud, oficina de metodología de supervisión y análisis de riesgo, 2017,2018 y 2019. Informe resultados financieros del sector salud.

## ANEXOS

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
1	04/May/2022	Se crea la primera versión del documento teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Dirpen.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<p><b>Nombre:</b> Angela Patricia Casas Valencia</p> <p><b>Cargo:</b> Profesional Especializado</p> <p><b>Fecha:</b> 23/May/2022</p>	<p><b>Nombre:</b> Angela Patricia Casas Valencia</p> <p><b>Cargo:</b> Profesional Especializado</p> <p><b>Fecha:</b> 23/May/2022</p> <p><b>Nombre:</b> Juan Pablo Cardoso Torres</p> <p><b>Cargo:</b> Director Técnico</p> <p><b>Fecha:</b> 26/May/2022</p>	<p><b>Nombre:</b> Ricardo Valencia Ramirez</p> <p><b>Cargo:</b> Subdirector del Departamento</p> <p><b>Fecha:</b> 19/Jul/2022</p>

Si este documento es impreso se considera copia no controlada