



Efectos económicos del COVID-19 en el sector salud

Cuentas Satélite de Salud

● Diciembre, 2024





Efectos económicos del COVID-19 en el sector salud Cuentas Satélites de Salud

Coordinación

Coordinación General Técnica de Producción Estadística

Dirección/Departamento

Dirección de Estadísticas Económicas

Elaborado por:

Henry Valdiviezo

Revisado por:

Diana Barco

Directora de Estadísticas Económicas

Galo Egas G.

Director de Innovación en Métricas y Metodologías

Aprobado por:

Julio César Muñoz

Coordinador General Técnico de Producción Estadística

Darío Vélez

Coordinador General de Innovación en Métricas y Análisis de la Información

Citar como:

INEC (2024). Efectos económicos del COVID-19 en el sector salud. Cuentas Satélite de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2024). Quito, Ecuador.



Índice de contenido

1.	Introducción.....	5
2.	Principales aspectos metodológicos	7
3.	Sector salud en tiempo de pandemia	9
3.1	Efectos económicos del COVID-19 en la producción del sector salud	11
3.1.1	Descomposición del efecto neto del COVID-19 en la producción del sector de la salud pública.....	15
3.2	Efectos económicos del COVID-19 en las principales actividades de salud ...	18
3.2.1	Efectos en las Actividades de centros ambulatorios.....	19
3.2.2	Efectos del COVID-19 en las actividades de hospitales	21
3.2.3	Efectos del COVID-19 en otras actividades de salud	24
3.2.4	Gasto de consumo de los hogares en productos farmacéuticos durante la pandemia	25
4.	Conclusiones	27
	Bibliografía	28



Índice de gráficos

Gráfico 1. Evolución de las atenciones con diagnóstico COVID – 19 en el MSP e IESS. Periodo 2020 – 2022.	10
Gráfico 2. Evolución de casos confirmados por atención de COVID – 19. Periodo 2021 – 2022.	10
Gráfico 3. Efecto neto en el valor de la producción del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022.	12
Gráfico 4. Efecto neto en la producción privada y pública del sector salud (millones de USD). Periodo 2020-2022.	13
Gráfico 5. Efecto neto en el consumo intermedio del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022.	13
Gráfico 6. Efecto neto en el valor agregado del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022.	14
Gráfico 7. Efecto neto en las remuneraciones del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022.	15
Gráfico 8. Total de dosis aplicadas. Periodo enero 2021- diciembre 2022.	16
Gráfico 9. Costos adicionales por COVID-19, según instituciones públicas (millones de USD). Periodo 2020-2022.	17
Gráfico 10. Estructura de los tipos de costos adicionales 2020-2022 (millones de USD)..	17
Gráfico 11. Valor de la Producción (millones USD) según industrias de la salud. Año 2022.	18
Gráfico 12. Número de atenciones (miles) de morbilidad por sectores. Periodo 2018 – 2022.	19
Gráfico 13. Efecto neto en la producción de los centros ambulatorios (millones de USD). Periodo 2017-2022.	20
Gráfico 14. Efecto neto en la producción de los centros ambulatorios por sectores (millones de USD). Periodo 2020-2022.	21
Gráfico 15. Número de egresos hospitalarios, según sectores. Periodo 2018-2022.	21
Gráfico 16. Producción de las actividades de hospitales durante la pandemia (millones de USD). Periodo 2020-2022.	22
Gráfico 17. Efecto neto en el valor de la producción de los hospitales (millones de USD). Periodo 2017-2022.	23
Gráfico 18. Efecto neto en la producción de los hospitales por sectores (millones de USD). Periodo 2020-2022.	24
Gráfico 19. Efecto neto en la producción de las otras actividades de salud (millones de USD). Periodo 2017-2022.	25
Gráfico 20. Gasto de los hogares en productos farmacéuticos y químicos (millones de USD). Periodo 2018-2022.	25
Gráfico 21. Total de fallecidos por COVID – 19. Periodo 2020-2022.	26
Gráfico 22. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria por 1.000 egresos.	26

Índice de tablas

Tabla 1. Descomposición del efecto neto en la producción del sector salud público (millones de USD). Periodo 2020-2022.	16
Tabla 2. Número de atenciones por COVID -19 en centros ambulatorias del MSP e IESS. Periodo 2020-2022.	20
Tabla 3. Número de atenciones por COVID-19 en hospitales del MSP e IESS. Periodo 2020-2022.	22



1. Introducción

La pandemia de COVID-19 alteró el desarrollo social, modificando la vida cotidiana y provocando además, cambios en la estructura institucional sanitaria y afectaciones sobre los procesos de producción, es decir sobre la economía del país.

El 29 de febrero del 2020 Ecuador reportó su primer caso positivo del virus SARS-CoV2, habitualmente conocido como COVID-19. A fin de contener la propagación del virus, en marzo de 2020 el gobierno de Ecuador declaró Estado de Excepción.

Así también, se decretaron medidas de aislamiento y control para evitar la expansión del virus, y se adoptaron medidas emergentes para el fortalecimiento de los servicios de salud orientados a mitigar los efectos sanitarios de la pandemia.

Dado que se priorizó la atención de la pandemia, los niveles de producción de servicios de salud se vieron afectados. La población alteró la demanda de servicios sanitarios en respuesta al aislamiento, y al propio contagio.

Es así como, durante la crisis sanitaria la producción del sector salud, tanto en el ámbito público como privado, se reorientó hacia la implementación priorizada de servicios dirigidos a atender a los pacientes contagiados o con sospecha de ser portadores del virus. En momentos críticos, la capacidad instalada fue insuficiente por lo cual, se requirieron recursos adicionales (costos adicionales) para afrontar la pandemia. Según datos de las Cuentas Satélites de Salud (INEC, 2022) se identificaron costos adicionales directos para atender el COVID-19 por una cifra de 600 millones de dólares solo en el sector público.

Según los informes epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública, de marzo de 2020 a diciembre de 2022, Ecuador registró 1'024.914 casos confirmados por laboratorio y 36.015 defunciones debidas al COVID-19. El exceso de mortalidad¹ en el primer año de pandemia alcanzó el 55% y al finalizar la misma llegó al 4% (MSP, 2023a).

Bajo este panorama en todo el mundo y en Ecuador a partir del 21 de enero de 2021 se inició oficialmente la campaña de vacunación contra el COVID 19. A partir de esta fecha, se inició la fase cero, denominada prueba piloto y hasta el 24 de mayo de 2021 se habían aplicado 2.022.403 dosis, de las cuales 1.507.727 (74.5%) correspondieron a primeras dosis y 514.676 (25.4%) a segundas dosis; por lo que el 4.1% de la población objetivo², a esa fecha contaba con esquema completo (MSP, 2021).

El programa de vacunación en Ecuador hasta marzo de 2023 alcanzó una cobertura con esquema completo del 85%, que equivale a 14.2 millones de dosis aplicadas (MSP, 2023b).

Con estos antecedentes, el 11 de mayo de 2023, luego de 1.221 días de declarada la emergencia en salud pública por COVID-19, el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) Nacional, se acogió a la decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de poner fin a la emergencia sanitaria. La decisión fue anunciada luego de una evaluación que incluyó varios factores entre ellos un stock suficiente de vacunas y un alto nivel de inmunidad de la población.

¹ "El exceso de mortalidad se calcula como la diferencia entre el número de muertes que se han producido y el número que se esperaba en ausencia de la pandemia basándose en los datos de años anteriores" (OPS/OMS, 2022).

² La población objetivo establecida por el MSP fue 12'406.265 habitantes que comprenden todas las personas de 16 años en adelante.



Sobre una multiplicidad de aspectos sanitarios, sociales, económicos, ambientales, etc. la pandemia por el COVID-19 ocasionó pérdidas y detrimentos. Desde el lado económico, según datos del BCE (2020) el PIB tuvo una caída de 7.6% en 2020, al tiempo que el sector de servicios de educación y salud decreció en 7.3% en el mismo año.

En esta línea, debido a la importancia "natural" del sector salud para enfrentar a la pandemia, el presente estudio se concentra en analizar el impacto económico de la pandemia sobre los niveles de producción de los servicios de salud en Ecuador.

Con este fin, en el siguiente apartado se revisa la metodología para la Evaluación de Desastres de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014), como instrumento para la medición del impacto económico causado por la pandemia por COVID-19, durante el periodo 2020-2022 sobre el nivel de producción en el sector salud del país; en un 2do apartado se analizan los resultados del análisis subdivididos en: 1) análisis global de los efectos económicos de la pandemia sobre los niveles de producción, consumo intermedio y valor agregado de los servicios de salud para los sectores público y privado; 2) análisis del efecto económico sobre la producción según instituciones de atención ambulatoria, hospitales y otros servicios de salud; 3) se analiza el comportamiento del gasto de consumo final de los hogares en productos farmacéuticos durante la pandemia. Finalmente, se emiten conclusiones.

Es importante mencionar que las estadísticas sobre el impacto económico del COVID en el sector salud del país (2020-2022), fueron generados como parte de la publicación de indicadores publicados en las Cuentas Satélites de Salud del INEC en el año 2023; adicionalmente, el análisis se fortalece por la utilización de estadísticas basadas en registros administrativos provenientes del Ministerio de Salud Pública e IESS.



2. Principales aspectos metodológicos

El Manual para la evaluación de desastres de la CEPAL, es el referente metodológico que permite plasmar en el presente documento, la medición de los efectos de la pandemia COVID-19 sobre los principales agregados económicos del sector salud, tomando como fuente de información los resultados de las Cuentas Satélite de Salud 2007-2022 (CSS, 2022).

Los desastres pueden ocurrir como fenómenos naturales, sociales o biológicos; en estos últimos se incluyen las pandemias, por lo que es factible aplicar la evaluación de desastres al contexto del COVID-19 en Ecuador.

Para medir el impacto de los desastres se valoran principalmente 3 componentes:

- 1) **Daños:** se refieren a la destrucción parcial o total del acervo de capital; así como la disminución o pérdida de inventarios.
- 2) **Pérdidas:** asociadas a la disminución o pérdida total de flujos de recursos en las actividades económicas. En este ítem, se trata de medir el valor de lo que se dejó de producir, lo cual puede ser aproximado, para el caso de los servicios, al seguimiento de los flujos de ingresos de los agentes institucionales en el contexto de un determinado desastre.
- 3) **Costos adicionales:** son erogaciones adicionales no previstas, para la adquisición de insumos o producción de bienes y servicios no planificados que permitan mitigar o recuperarse de los efectos adversos del desastre.

La medición de los efectos económicos en casos de pandemias, se acota a la medición de las pérdidas y a costos adicionales, debido a que este fenómeno biológico no tiene afectación sobre el stock de activos. Entonces, al tratarse de una evaluación "ex - post" el análisis contrasta hechos ocurridos en los agregados económicos durante el periodo de ocurrencia de la pandemia, frente a un escenario contrafactual, donde se proyectan los agregados económicos bajo el escenario de no presencia de la pandemia COVID-19 en los años 2020, 2021 y 2022.

La proyección de valores de los agregados económicos en el escenario sin pandemia (escenario contrafactual), se realiza en función del crecimiento basado en índices históricos (pre-pandemia) de volumen y precios. Para lo cual, en los sectores que sea posible se utilizan índices de crecimiento de las atenciones médicas y hospitalarias durante los últimos 5 años (etapa pre-pandemia 2015-2019) y la variación promedio del nivel de precios en los últimos 2 años pre-pandemia. Se consideran diferentes periodos de tiempo, debido a mayores oscilaciones de los índices de precios en el corto plazo.

Los datos de la situación real de los agregados económicos durante los años de pandemia analizados (2020-2022), se desprenden de los valores obtenidos de las CSS 2007-2022 para las variables de producción, valor agregado bruto, consumo intermedio y remuneraciones, desagregados por cada industria de la salud.

Para la medición de los efectos netos del COVID-19 sobre el sector salud, en un primer momento, se estiman las pérdidas económicas, considerando que, durante la crisis sanitaria se dejó de producir determinados servicios de salud o éstos se vieron disminuidos por la implementación de otros servicios relacionados al COVID-19, o por las normas de aislamiento voluntario de las personas para evitar contagios en las casas de salud. En un segundo momento, se calculan los costos adicionales, considerando que

durante la pandemia el sector salud demandó ingentes recursos adicionales para adecuar instalaciones para pacientes contagiados, adquirir equipamiento cardio-respiratorio, adquirir nuevos equipos de laboratorios, insumos y reactivos para pruebas virales, adquisición masiva de vacunas, entre otros recursos sanitarios.

De este modo, la medición de los efectos o impacto del COVID-19 sobre el valor de la producción en el sector salud, tiene 2 componentes: pérdidas en el valor de la producción y costos adicionales. A continuación, se ilustra la expresión para la medición de los efectos netos en el año 2020:

$$EN_t = \nabla\tilde{P}_t + \Delta C_t \quad (1)$$

Donde:

EN_t = Efecto neto del COVID-19 sobre el valor de la producción en el año t , para $t \in [2020, 2021, 2022]$.

$\nabla\tilde{P}_t$ = Pérdidas económicas en la producción sin considerar los costos de producción para atender la pandemia COVID-19 en el año t .

ΔC_t = Aumento de costos de producción para atender la pandemia COVID-19 en el año t .

A su vez, las pérdidas en la producción sin considerar los costos para atender la pandemia $\nabla\tilde{P}_t$ se puede obtener desde la expresión (2):

$$\nabla\tilde{P}_t = (P_t - \Delta C_t) - \hat{P}_t \quad (2)$$

Donde:

P_t = Valor de la producción en el año t (situación real).

\hat{P}_t = Valor **proyectado** de la producción en el año t bajo el escenario **contrafactual** (sin pandemia).

Finalmente, reemplazando (2) en (1), se obtiene que, el Efecto en Neto de la pandemia sobre la producción en el año t (EN_t), puede obtenerse también, a partir de la diferencia entre el valor de la producción real (con pandemia) menos el valor de la producción proyectado bajo el escenario contrafactual (sin pandemia) del año t , como se tiene en la ecuación 3:

$$EN_t = P_t - \hat{P}_t \quad (3)$$

Bajo este marco, a continuación se muestran los resultados del efecto neto económico de la pandemia COVID-19 (EN_t) sobre el valor de la producción en el sector salud; evidenciando la descomposición del EN_t en pérdidas económicas ($\nabla\tilde{P}_t$) y costos adicionales (ΔC_t) ocurridos durante el periodo de pandemia 2020 - 2022.



3. Sector salud en tiempo de pandemia

El 29 de febrero del 2020 Ecuador reportó su primer caso positivo por COVID-19, luego de 16 días el gobierno de Ecuador declaró el Estado de Excepción, y con ello se adoptaron una serie de resoluciones para evitar y mitigar la propagación del COVID-19.

Ante la amenaza de la propagación del coronavirus, se implementaron medidas y normas de aislamiento social encaminadas a disminuir la aparición de nuevos casos y tratar los contagios. Frente a esta nueva realidad, se emitieron resoluciones desde la autoridad sanitaria, como las siguientes:

- Lineamientos de prevención y control para casos COVID-19, protocolos para el aislamiento domiciliario en casos sospechosos de COVID-19.
- Reglamento sobre pruebas rápidas / reactivos PCR³ para detección de COVID-19 e implementación de la telemedicina.
- Adquisición de equipamiento para el manejo de pacientes COVID-19, priorizando los equipos de cardio-respiratorio.
- Creación de una red de laboratorios internos y de prestadores externos, para el procesamiento de muestras para el diagnóstico de COVID-19.

Para enfrentar la pandemia resultaba muy importante identificar la capacidad instalada de los establecimientos de salud al servicio de la población. Así para el año 2020, según datos del Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud (RAS), el Sistema Nacional de Salud de Ecuador estuvo compuesto por 4.136 establecimientos de salud, de los cuales 621 brindaron servicios con internación y 3.515 servicios ambulatorios.

El sistema comprende establecimientos de salud del sector privado y público; el primero se conforma por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, laboratorios, farmacias, entidades de medicina prepagada, aseguradoras médicas, etc.) e instituciones no lucrativas como la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA). Por otro lado, el sector público se conforma por las casas de salud pertenecientes o vinculadas al Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y gobiernos locales.

Con respecto a la ciudadanía en general, a nivel nacional se impusieron medidas como la interrupción indefinida de la jornada laboral presencial del sector público y privado; dando así inicio a las actividades telemáticas, en el ámbito laboral y educativo.

En cuanto a movilidad, se determinó el cierre de fronteras, la suspensión de transporte interprovincial, cancelación de vuelos nacionales e internacionales de pasajeros.

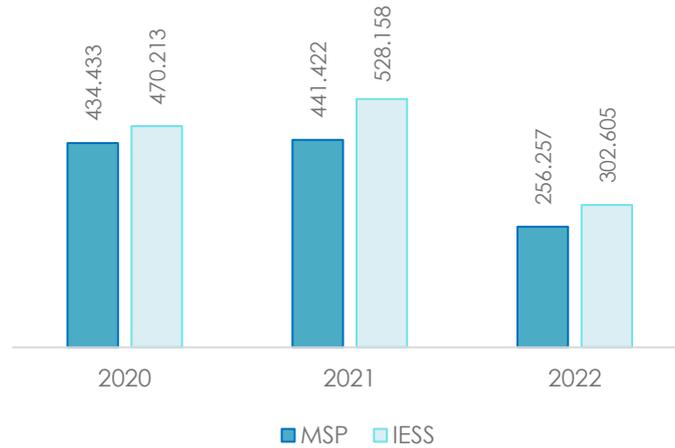
Adicionalmente, se definieron horarios de toque de queda, protocolos de higiene y distanciamiento social en espacios públicos y privados, obligatoriedad en el uso de mascarillas y campañas de concientización para fomentar el cumplimiento de estas medidas.

El cumplimiento obligatorio de estas medidas y el temor al contagio, alteraron rápidamente los patrones históricos de demanda y utilización de los servicios médicos en centros ambulatorios y hospitales, reduciendo así los niveles de producción en la atención médica no relacionada con el COVID-19.

³ La PCR, denominada así por sus siglas en inglés de 'Reacción en Cadena de la Polimerasa', es una prueba de diagnóstico que permite detectar un fragmento del material genético de un patógeno.

En contraste, la atención creciente en las atenciones con diagnóstico CIE-U07 relacionado con el COVID-19, tuvieron una alta demanda durante los tres años de pandemia; así el MSP registró 1'132.112 atenciones en hospitales y centros ambulatorios, mientras otro actor importante como el IESS, registró 1'300.976 atenciones en su red interna de establecimientos de salud durante toda la pandemia (ver gráfico 1). Se observa también que el pico en el número de atenciones en el MSP e IESS fue en el año 2021.

Gráfico 1. Evolución de las atenciones con diagnóstico COVID – 19 en el MSP e IESS. Periodo 2020 – 2022.

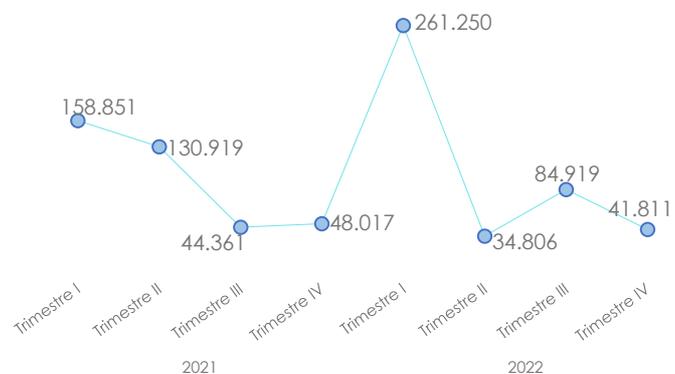


Fuente: IESS, (MIS-AS400); MSP (RDACCA, PRAS).
Elaboración: INEC 2023

El elevado nivel en el volumen de atenciones surgió como respuesta al crecimiento exponencial de personas contagiadas por COVID-19, así según los registros epidemiológicos del MSP -que abarcan a todas las entidades de salud de la Red Pública Integral y complementaria- entre el 29 de febrero de 2020 y el 11 de diciembre de 2022 se registraron 1'024.914 casos confirmados mediante pruebas validadas por el MSP a nivel nacional.

En el gráfico 2 se observa un pico en el número de casos confirmados por atención con COVID-19 durante el 1er trimestre de 2022, no obstante el mismo pudo obedecer a un sobre-registro de pruebas acumuladas de periodos anteriores (El Universo, 2022).

Gráfico 2. Evolución de casos confirmados por atención de COVID – 19. Periodo 2021 – 2022.



Fuente: Coronavirus COVID-19 - MSP 2023.
Elaboración: INEC 2023



Frente a este nivel de casos confirmados, el sistema de salud se puso a prueba y debió ser adaptado para facilitar la implementación de servicios de atención para pacientes con COVID-19; esta reorientación de la demanda de servicios y nuevas prioridades del sistema de salud para atender la pandemia, implicaron costos y gastos adicionales que se financiaron desde el Gobierno y agentes del sector privado.

Ante la capacidad instalada no prevista para enfrentar a la pandemia, las casas de salud demandaron recursos económicos, técnicos y humanos adicionales para enfrentar la crisis. Además, teniendo como prioridad la atención de los pacientes contagiados con COVID-19, debieron en muchos casos reorientar y reducir la oferta y producción de servicios de salud no relacionados con el COVID-19.

De este modo, en el primer año de pandemia (2020), según datos del INEC se registraron fuertes caídas del total de servicios ambulatorios e internación en los establecimientos de salud públicos y privados; este comportamiento se profundizará en la sección 3.2.

Consecuentemente, los cambios en los niveles físicos de producción de servicios de salud a raíz de la pandemia, tuvieron efectos en los agregados económicos del sector salud, los cuales se analizan en siguientes secciones.

3.1 Efectos económicos del COVID-19 en la producción del sector salud

En esta sección, basados en el enfoque metodológico de Evaluación de Desastres de la CEPAL, se analizan los resultados publicados en las Cuentas Satélites de Salud referentes al **efecto neto** (EN_t) de la pandemia sobre los agregados económicos del valor de la producción⁴, consumo intermedio⁵, valor agregado bruto⁶ y remuneraciones del sector salud.

Para el valor de la producción, el análisis se desagrega según sector e industria; y, para el sector público, se realiza la **descomposición del efecto neto** (EN_t) **en pérdidas económicas** (∇P_t) **y costos adicionales** (ΔC_t).

En síntesis, el análisis de efectos económicos que se presenta a continuación, compara la evolución de los agregados económicos (producción, consumo intermedio, valor agregado bruto y remuneraciones) ocurridos durante la pandemia (situación real) frente a valores ficticios de los mismos, proyectados bajo un escenario contrafactual donde la pandemia por el COVID-19 no ocurrió.

Efectos sobre la producción

El efecto económico neto del COVID-19 sobre el valor de la producción del sector salud, se estima al contrastar el valor de la producción durante el periodo de ocurrencia de la pandemia, frente a un escenario contrafactual, que proyecta el valor de la producción en un escenario de no presencia de la pandemia COVID-19.

⁴ La producción, es la valoración en términos monetarios de la actividad económica que combina mano de obra e insumos para crear bienes y servicios de salud.

⁵ El consumo intermedio es el valor de bienes y servicios que son utilizados y forman parte del servicio final de salud, por ejemplo: medicamentos, reactivos, gasas, impresiones, servicios de alimentación, servicios de mantenimiento, servicios básicos, etc.

⁶ Valor agregado bruto: Valoración de la riqueza generada durante el proceso productivo del sector de la salud como una contribución al PIB.

En el gráfico 3 se muestra el efecto neto de la producción del sector salud para cada año de pandemia, mediante la diferencia entre la producción en la situación real menos la producción sin COVID-19 (situación contrafactual).

El comportamiento de la producción fue irregular durante el periodo 2020-2022. Es evidente que en el 1er año del COVID-19, la situación del sector de la salud fue crítica, con un efecto neto negativo de \$300 millones, es decir la producción real fue inferior a la del escenario contrafactual. En cambio, una vez que el sistema de salud se ajustó a la nueva realidad, la producción del sector salud para los años 2021 y 2022 fue superior al valor que se hubiera esperado en un escenario sin pandemia: \$7,171 y \$7,028 millones versus \$6,878 y \$6,929 millones, respectivamente.

En balance, el efecto neto durante los 3 años de pandemia alcanzó un superávit aproximado a los \$71 millones, el cual se explica en buena medida por los costos adicionales⁷ asociados al programa de vacunación contra el COVID-19.

Gráfico 3. Efecto neto en el valor de la producción del sector salud (millones de USD).Periodo 2017-2022.



Fuente: INEC-CSS

El efecto económico de los gráficos 3 y 4 revela importantes aspectos:

- En 2020, en el escenario contrafactual, la producción de la salud hubiera crecido hasta \$6.834 millones; sin embargo, por la presencia de la pandemia, el sector salud en balance dejó de producir \$300 millones, de los cuales el 62,2% perteneció al sector público.
- En contraste, para el 2021, el sector salud presentó un excedente de \$292 millones; es decir, la presencia del COVID-19 coadyuvó a que se realice una mayor producción frente a la producida bajo un escenario sin pandemia. De este efecto neto, el 64,7% correspondió al sector público y el 35,3% al sector privado.
- Respecto al último año de pandemia 2022, el efecto neto en el valor de la producción del sector salud continuó presentando un excedente de \$99 millones. Sin embargo, de este efecto neto, el sector público dejó de invertir \$26,1 millones, por lo que el superávit se presentó desde el lado privado.

⁷ Es importante recordar que en valores corrientes y por la medición de la producción vía costos de producción, un mayor consumo intermedio, incidido por los costos adicionales asociados a las vacunas, implica un incremento del valor de la producción, ceteris paribus.

Gráfico 4. Efecto neto en la producción privada y pública del sector salud (millones de USD).
Periodo 2020-2022



Fuente: INEC-CSS

A continuación, se muestran los efectos económicos de la pandemia para los agregados económicos: consumo intermedio, valor agregado bruto y remuneraciones del sector salud.

Efectos sobre el consumo intermedio

El consumo intermedio en salud es el valor de los bienes y servicios que son utilizados para generar la prestación de servicios sanitarios. Durante la pandemia por COVID-19 la implementación de servicios relacionados al COVID-19 y la suspensión de los no relacionados con el COVID-19 alteraron la demanda intermedia de bienes y servicios del sector.

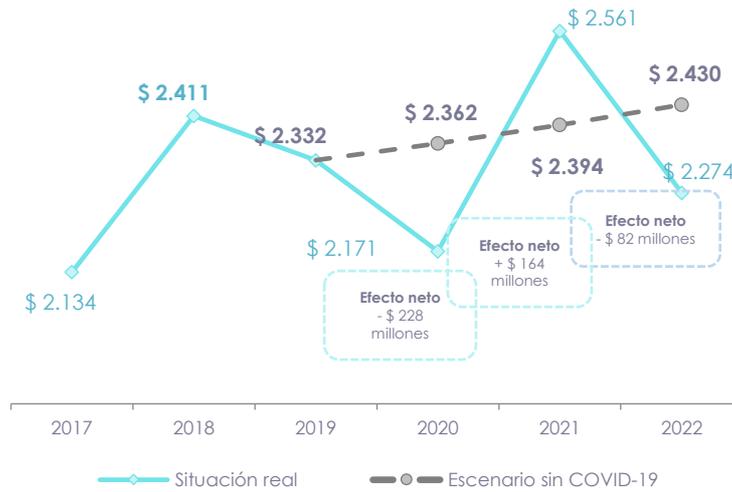
Un valor representativo dentro del consumo intermedio fue la adquisición de vacunas contra el COVID-19 en el sector público, con un gasto de \$345,6 millones⁸ en el año 2021 y un gasto reducido de \$17,4 millones⁹ en 2022.

En el gráfico 5 se observa el efecto neto económico de la pandemia por COVID-19 sobre el consumo intermedio del sector salud. En 2020 este efecto fue negativo en -\$228,3 millones. Para el siguiente año 2021, como respuesta a la ejecución del Plan de Vacunación el efecto neto alcanzó un excedente de \$163,6 millones, aumentando así nivel del consumo intermedio real. No obstante, en el 2022 se refleja un efecto neto negativo de -\$82 millones, lo que puede explicarse por la reducción de los niveles de contagios y por la inmunidad alcanzada por las vacunas.

Gráfico 5. Efecto neto en el consumo intermedio del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022

⁸ Dato de la Rendición de Cuentas del MSP 2021.

⁹ Valor devengado según la base de datos de programas y proyectos del MSP 2022.

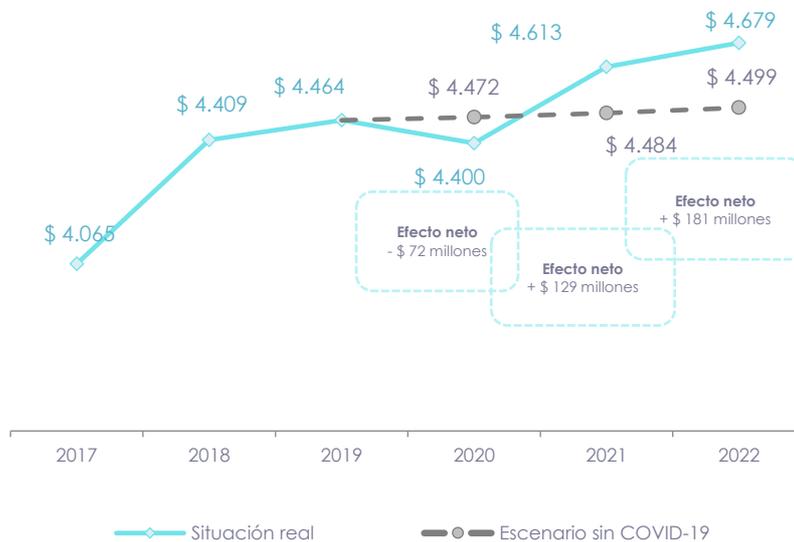


Fuente: INEC-CSS

Efectos sobre el valor agregado bruto

En 2020 (ver gráfico 6), el efecto neto del COVID-19 sobre el valor agregado bruto del sector salud fue negativo en -\$72,2 millones. En este año, al desagregar los datos para el sector público y privado (CSS, 2023), se observa que el sector público presentó un excedente de \$23,8 millones, sin embargo el sector privado experimentó una pérdida de -\$96 millones. Para los siguientes años de pandemia 2021 y 2022 el efecto neto presentó un excedente de \$129 millones y \$181 millones, respectivamente.

Gráfico 6. Efecto neto en el valor agregado del sector salud (millones de USD). Período 2017-2022



Fuente: INEC-CSS

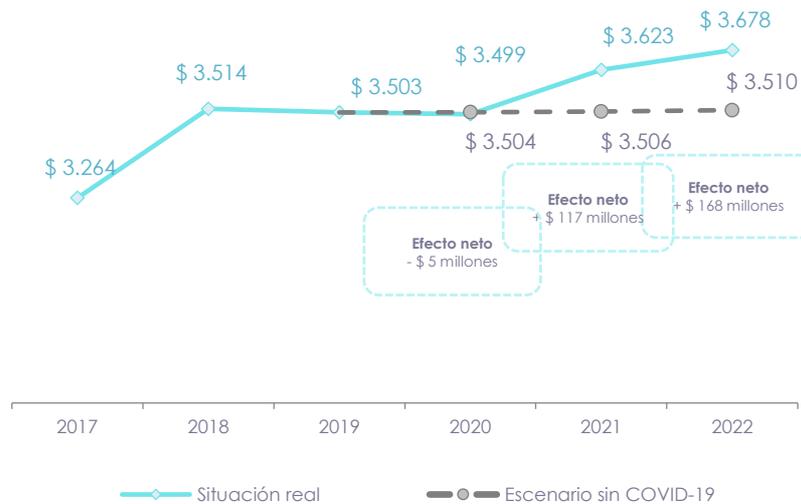
Efectos sobre las remuneraciones

En un inicio y especialmente en el sector público, para hacer frente a la pandemia se demandó la contratación de personal adicional para la atención de pacientes contagiados o sospechosos de portar el coronavirus. Así en 2020, el efecto neto sobre las remuneraciones del sector salud dio un resultado negativo de \$5,3 millones. No

obstante, este valor proviene de un efecto neto negativo del sector privado de \$31 millones y de un efecto neto positivo del sector público de \$25,6 millones. En plena pandemia y con la experiencia del 2020, se destacan excedentes en el efecto neto de las remuneraciones en los dos últimos años de pandemia, con un valor acumulado que ascendió a \$285 millones.

En el año 2022 el sector público aportó con un excedente de \$116,8 millones, mientras el sector privado lo hizo con \$51,2 millones; se evidencia así, que durante la pandemia las contrataciones y compensaciones salariales del personal de salud se incrementaron significativamente, siendo más intensivo el aumento en el sector público.

Gráfico 7. Efecto neto en las remuneraciones del sector salud (millones de USD). Periodo 2017-2022



Fuente: INEC-CSS

3.1.1 Descomposición del efecto neto del COVID-19 en la producción del sector de la salud pública

El efecto económico neto (EN_i) se puede descomponer en un componente de pérdidas ($\nabla\tilde{P}_i$) más uno de costos adicionales (ΔC_i). Tanto las pérdidas como los costos adicionales son flujos económicos, el primer tipo implica lo que se dejó de producir (cambio en el nivel de producción), y el segundo las erogaciones adicionales de los establecimientos para atender la salud de los casos confirmados o con sospecha de COVID-19 en el país.

$$EN_i = \nabla\tilde{P}_i + \Delta C_i$$

Frente a la dificultad de cuantificar los costos adicionales en los que incurrió el sector privado¹⁰, la descomposición del efecto neto sobre la producción se realiza solo para el sector público. En el presente estudio, los costos adicionales corresponden a costos explícitos registrados por las entidades de gobierno; no obstante, la gestión de la pandemia puede tener costos hundidos no verificados, lo que se constituye como una limitación del estudio.

¹⁰ En el sector privado cada empresa define su sistema contable, por lo tanto no existe información homologada sobre costos asociados al COVID; de modo opuesto, en el sector público se cuenta con un sistema contable (E-SIGEF) homologado y obligatorio para todas las instituciones del sector público, de ahí que a través del análisis de "Programas, proyectos, actividades y partidas presupuestarias" se identificaron los registros contables asociados al COVID.

Tabla 1. Descomposición del efecto neto en la producción del sector salud público (millones de USD). Periodo 2020-2022

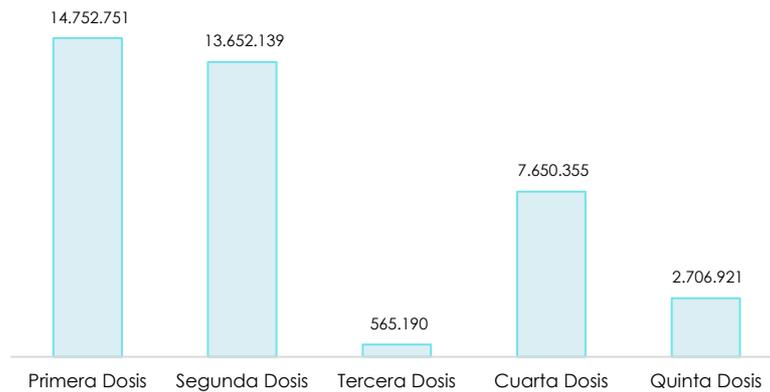
Descripción	2020	2021	2022
Pérdidas económicas	\$-436,8	\$-410,1	\$-74,2
Costos adicionales	\$249,9	\$599,2	\$48,1
Efecto neto	\$-186,9	\$189,1	\$-26,1

Fuente: INEC-CSS

En el primer año de pandemia (ver tabla 1), las pérdidas económicas por la caída de la producción de servicios de salud diferentes al COVID alcanzaron los \$436,8 millones, mientras los costos adicionales llegaron a \$249,9 millones. Estos costos adicionales fueron ejecutados principalmente por el MSP (49,5%) e IESS (44,2%).

Para el segundo año, las pérdidas ascendieron a \$410,1 millones y los costos adicionales crecieron 2.4 veces hasta los \$ 599,2 millones. Este incremento obedeció principalmente a que el Gobierno Nacional, a través del MSP, destinó \$345,6 millones (MSP, 2021) para la ejecución del Plan Nacional de Vacunación¹¹. Así, se aplicaron 39,3 millones de dosis entre enero de 2021 y diciembre de 2022 como se muestra en el gráfico 8.

Gráfico 8. Total de dosis aplicadas. Periodo enero 2021 - diciembre 2022



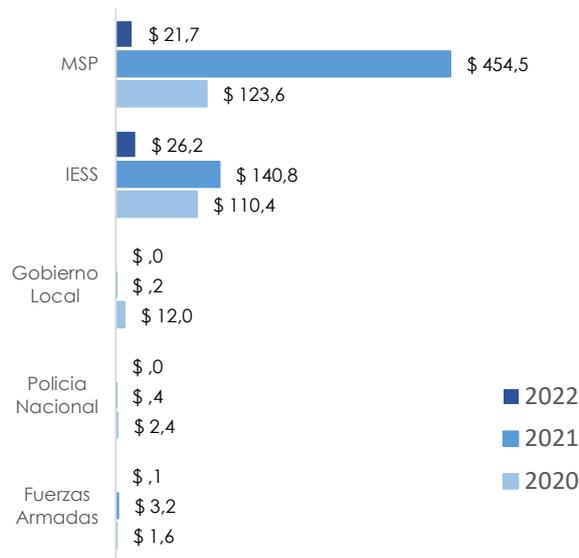
Fuente: Coronavirus COVID-19 - MSP 2023.
Elaboración: INEC 2023

El resto de costos adicionales (\$253,5 millones) se destinaron para la gestión y prestación de servicios de salud a pacientes COVID-19.

En 2022 (ver tabla 1), con la reducción del número de contagios, el importante nivel de inmunización alcanzado y el relajamiento paulatino de las medidas de aislamiento obligatorias; los niveles de atención en servicios no relacionados con el COVID-19 se recuperaron, por lo cual, las pérdidas económicas en la producción en servicios de salud disminuyeron a \$74,2 millones; así también, los costos adicionales para atender la pandemia se redujeron hasta los \$48,1 millones.

¹¹ El Plan de Vacunación 9/100 fue un programa impulsado por el Gobierno y coordinado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), fue creado con el propósito de vacunar a 9 millones de ecuatorianos en los primeros 100 días desde el 24 de mayo de 2021, por lo cual fue denominado el "Plan 9-100".

Gráfico 9. Costos adicionales por COVID-19, según instituciones públicas (millones de USD). Periodo 2020-2022



Fuente: INEC-CSS

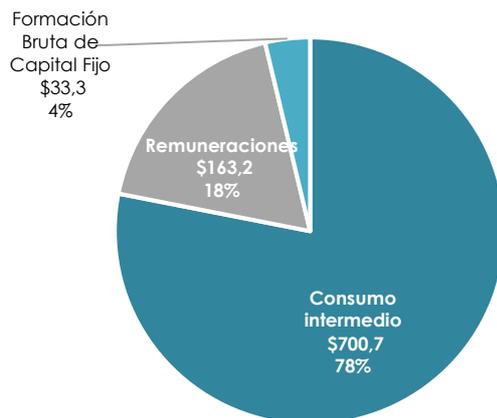
Con relación a los costos adicionales según instituciones (ver gráfico 9), durante la pandemia (2020-2022) el Gobierno Nacional, a través del MSP registró \$599,9 millones por concepto de costos adicionales (200 millones de USD en promedio anual) que se destinaron principalmente a la adquisición de vacunas. Otro agente de la salud importante durante la pandemia fue el IESS, cuyos costos adicionales alcanzaron los \$277,4 millones, es decir con un costo adicional promedio anual de \$ 92,5 millones.

Es así como, el total de costos adicionales explícitos¹² para atender la salud humana a causa del COVID-19 en el sector público (2020-2022), ascendieron a \$897,2 millones, es decir el 0,8% del PIB.

Estos recursos adicionales, se destinaron principalmente a la adquisición de vacunas y otros contingentes, como contratación de personal del área de salud y adquisición de insumos médicos. En este sentido, al distribuir los costos adicionales por tipos de gasto (ver gráfico 10), se observa que el 78% de los recursos se destinó al consumo intermedio, para contratación de personal (remuneraciones) 18%, y para equipamiento y adecuación de instalaciones 4%.

Gráfico 10. Estructura de los tipos de costos adicionales 2020-2022 (millones de USD).

¹² Implica costos adicionales plenamente identificados; sin embargo es probable que existieron costos ocultos que directa o indirectamente se destinaron para mitigar la pandemia, pero que contablemente no fueron enlazados con los ítems del gasto por COVID.



Fuente: INEC-CSS

Es necesario acotar que el presente estudio delimita su análisis al periodo 2020-2022, no obstante, de manera oficial el Gobierno Nacional se acogió a la decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de poner fin a la pandemia el 11 de mayo de 2023, aunque para este año los efectos de la pandemia fueron leves.

3.2 Efectos económicos del COVID-19 en las principales actividades de salud

En esta sección se analiza el comportamiento de los efectos económicos del COVID-19 sobre la producción desagregando la información según las industrias de *servicios individuales de salud*¹³, y adicionalmente se aborda el comportamiento del gasto de consumo final de los hogares en productos farmacéuticos y químicos.

Según el clasificador de industrias de las Cuentas Satélites de Salud, de manera resumida éstas se subdividen en:

- a) Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud (servicios colectivos).
- b) Actividades de centros ambulatorios (servicios individuales).
- c) Actividades de hospitales (servicios individuales).
- d) Otras actividades de salud (servicios individuales).

En el año 2022 el valor total de la producción de servicios de salud (público y privado) alcanzó \$7.028 millones (ver gráfico 11). De mayor a menor, la producción de las industrias de salud se originó en los hospitales \$3.657 millones (52%), mientras los centros ambulatorios, otras actividades de salud y las actividades de regulación concentraron el 36,7%, 6,8% y 4,4%, respectivamente.

Gráfico 11. Valor de la Producción (millones USD) según industrias de la salud. Año 2022.

¹³ Se excluye la industria de Servicios Colectivos pues no ejerce función directa sobre la atención y curación de la salud de los pacientes COVID. El programa de vacunación se cuantifica como parte de los Servicios Ambulatorios.



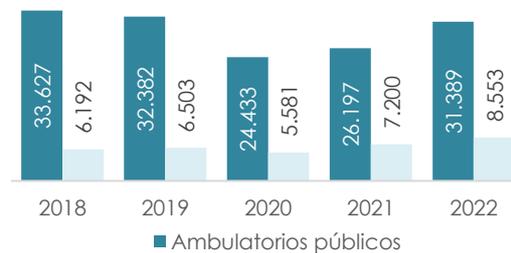
Fuente: INEC-CSS

3.2.1 Efectos en las Actividades de centros ambulatorios

Los centros ambulatorios comprenden: puestos de salud, centros de salud tipo A, B y C, consultorios generales y centros de salud en centros de privación de libertad. Las actividades de estos centros principalmente se orientan a la prestación de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sin la necesidad de internación del paciente.

Por las medidas de distanciamiento social adoptadas y por la propia dinámica de la atención de pacientes contagiados por el virus COVID-19 entre 2020-2022, las tendencias de utilización de la cartera de servicios en las unidades médicas reflejan un ciclo de caída y recuperación.

Gráfico 12. Número de atenciones (miles) de morbilidad por sectores. Periodo 2018 – 2022.



Fuente: INEC-CSS, MSP, IESS.

Nota: Los años 2021 - 2022 del sector privado son proyectados.

Para el año 2020, inicio de la pandemia en Ecuador, se evidenció una caída importante del 25% en el número de atenciones ambulatorias en los establecimientos de salud del sector público con referencia al año 2019 (ver gráfico 12).

En contraste, el número de atenciones ambulatorias por casos COVID-19 al año 2020 llegó a 808.723; de éstas, el MSP atendió 356.260 y el IESS 452.463; cabe indicar que el volumen de atenciones por COVID representó el 3,6% del total de atenciones ambulatorias en las instituciones públicas (ver tabla 2).

El nivel de letalidad, complejidad y desconocimiento del COVID-19 demandó ingentes recursos en personal, insumos e instalaciones apropiadas para atender a las personas contagiadas o con sospecha de contagio. Como se tiene en la tabla 1, para el año 2021, en pleno apogeo de la pandemia, las atenciones ambulatorias por COVID-19 crecieron 5,4% respecto al año 2020. Mientras, para el año 2022, las atenciones

ambulatorias por COVID-19 disminuyeron un 42%, a raíz de la inmunización alcanzada por la vacunación.

Tabla 2. Número de atenciones por COVID -19 en centros ambulatorias del MSP e IESS. Periodo 2020-2022

Detalle	Atenciones COVID-19		
	2020	2021	2022
MPS	356.260	344.453	196.795
IESS	452.463	508.199	298.831
Total	808.723	852.652	495.626

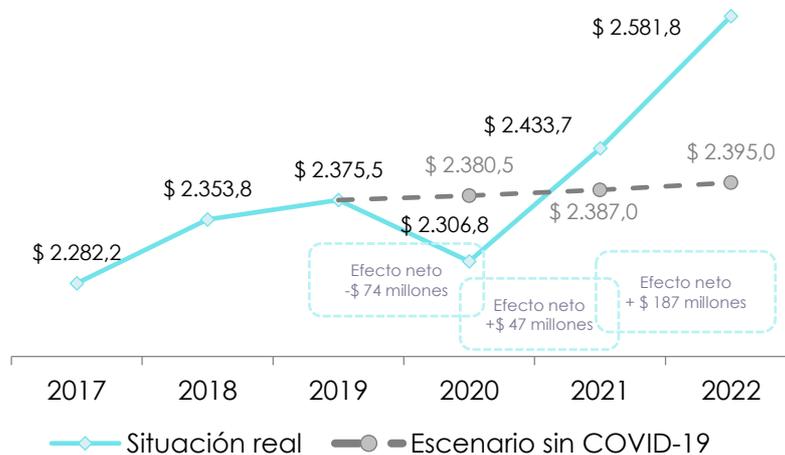
Fuente: IESS (S400), MSP (RDACCA, PRAS)

Elaboración: INEC-CSS

Si bien no se cuenta con información oficial sobre las atenciones por COVID-19 en los establecimientos privados, es de dominio público que a raíz del crecimiento exponencial de los contagios, y en respuesta al colapso de los establecimientos de salud de la red pública; el sector privado absorbió la demanda insatisfecha de pacientes contagiados por COVID-19 provenientes de la Red Pública Integral de Salud¹⁴.

Los cambios en la demanda de servicios de salud ambulatoria tienen como consecuencia un efecto directo sobre el valor de la producción; en este sentido, en el gráfico 13 se muestra el efecto neto del COVID-19 en el valor de la producción de los centros ambulatorios.

Gráfico 13. Efecto neto en la producción de los centros ambulatorios (millones de USD). Periodo 2017-2022



Fuente: INEC-CSS

En el primer año de pandemia, el efecto neto del COVID-19 sobre la producción de los centros ambulatorios fue negativo en \$74 millones; esta pérdida neta en el valor de la producción estuvo compuesta por \$111,8 millones que se dejaron de producir en el sector privado; mientras el sector público presentó un excedente de \$38,1 millones (ver

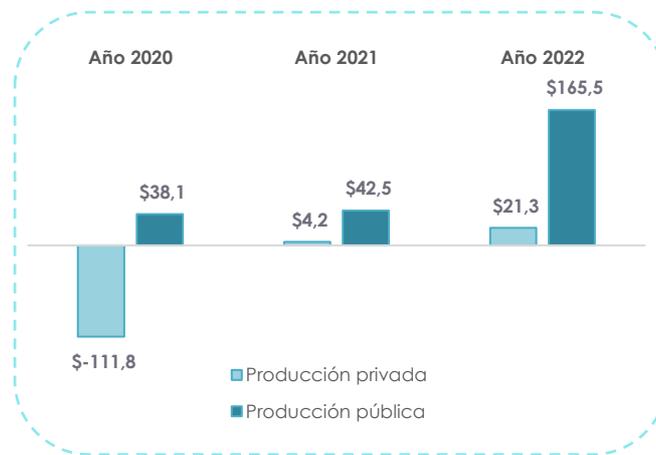
¹⁴ La Red Pública Integral de Salud (RPIS) está conformada por las unidades de salud del MSP, IESS, ISSFA e ISSPOL.

gráfico 14). Este excedente puede explicarse por un mayor flujo de recursos en el sector público, destinados a producir servicios de atención para pacientes con COVID-19.

Por otro lado en 2021, se observa un efecto neto positivo de \$47 millones en esta industria; este valor se explica por un valor positivo en el sector público de \$42,5 millones, y una recuperación importante en el sector privado que pasó de -\$111,8 a \$4,2 entre 2020 y 2021.

Debido a la recuperación en las atenciones de servicios de salud diferentes al COVID-19, para el año 2022 el efecto neto es positivo con un valor de \$187 millones, lo que se explica por una mayor producción en el sector público (\$165,5 millones) y un efecto también positivo en el sector privado de \$21,3 millones.

Gráfico 14. Efecto neto en la producción de los centros ambulatorios por sectores (millones de USD). Periodo 2020-2022



Fuente: INEC-CSS

3.2.2 Efectos del COVID-19 en las actividades de hospitales

Las actividades de los hospitales se orientan principalmente a la atención de la salud de pacientes internos, bajo la supervisión directa de médicos y la atención de pacientes bajo la modalidad de consulta externa, realizadas dentro de hospitales, básicos, generales, especializados o de especialidades.

Al igual que en los centros ambulatorios, las medidas de distanciamiento social afectaron las tendencias de utilización de la cartera de servicios de los hospitales. Tal es así que, en el año 2020 (ver gráfico 15) se reflejó una disminución de 24,1% en el número de egresos hospitalarios tanto del sector público como privado. Sin embargo, para el 2021 y 2022 las atenciones en esta industria mejoraron al reflejar un crecimiento de 14,4% y 8,9% respectivamente. No obstante, si bien existió una recuperación importante en el número de egresos hospitalarios, al año 2022 en el sector público aún no se alcanzó el nivel de internaciones de la pre-pandemia (año 2019).

Gráfico 15. Número de egresos hospitalarios, según sectores. Periodo 2018-2022



Fuente: IESS, MSP, INEC-CSS

Elaboración: INEC-CSS

Con relación al número de egresos hospitalarios por casos COVID-19 (ver tabla 3), en el 2020 los establecimientos del MSP e IESS atendieron a un total de 95.923 pacientes; al obtener una relación entre los egresos hospitalarios por COVID-19 (IESS y MSP) y el total de egresos del sector público; se tiene que, en el ámbito público por cada 100 egresos hospitalarios 16 fueron por diagnósticos asociados al COVID-19. En el segundo año de pandemia esta relación se incrementó a 18 y en el año 2022 disminuyó a 9 egresos hospitalarios por COVID por cada 100 egresos hospitalarios (sector público).

Tabla 3. Número de atenciones por COVID-19 en hospitales del MSP e IESS. Periodo 2020-2022.

Detalle	Egresos por COVID-19		
	2020	2021	2022
MPS	78.173	96.969	59.462
IESS	17.750	19.959	3.774
Total	95.923	116.928	63.236

Fuente: IESS, MSP

Es importante mencionar que, según los registros de derivaciones del IESS durante los tres años de pandemia, esta institución derivó 5.874 atenciones hospitalarias por COVID-19 hacia los establecimientos privados de salud (red externa); sin embargo, en el último año de pandemia 2022, esta cantidad de atenciones fue disminuyendo significativamente hasta llegar a 530 derivaciones hospitalarias por COVID-19.

Por otro lado, en términos del valor de la producción (ver gráfico 16), antes de la pandemia (año 2019) el sector privado de hospitales participó del 28,1% del valor total de la industria (\$1.064 millones); mientras al finalizar la pandemia, la participación privada se incrementó hasta un 33,7% (\$1.231 millones). Esta tendencia creciente, muestra el dinamismo de la industria privada de hospitales en época de pandemia.

Gráfico 16. Producción de las actividades de hospitales durante la pandemia (millones de USD). Periodo 2020-2022.



Fuente: INEC-CSS

El crecimiento del sector privado, podría explicarse -en parte- por el aumento de la derivación de pacientes críticos desde los hospitales públicos hacia los hospitales privados; esta situación es consecuencia de la saturación del sistema sanitario público en la atención de millones de afiliados y beneficiarios con cobertura de salud en el MSP y la seguridad social del IESS, ISSFA e ISSPOL.

Esta dinámica a raíz de la pandemia, ejerció un efecto directo sobre el valor de la producción del sector privado y público. A continuación se analizan los efectos netos del COVID-19 sobre la producción de la industria de hospitales.

Gráfico 17. Efecto neto en el valor de la producción de los hospitales (millones de USD). Periodo 2017-2022



Fuente: INEC-CSS

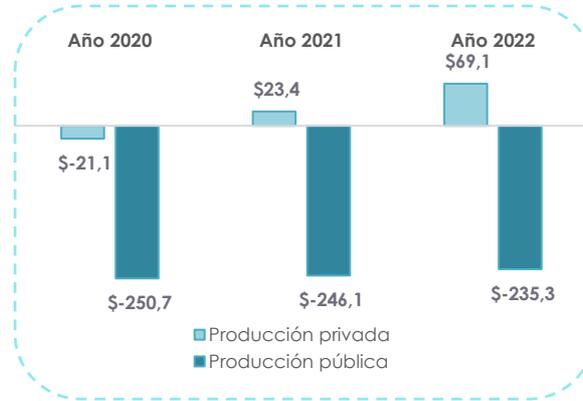
El efecto neto inicial ocasionado por la pandemia en el valor de la producción de los hospitales en 2020 dejó saldos negativos, así se observó un déficit en la producción de \$272 millones (ver gráfico 17), de los cuales \$250,7 millones correspondieron al sector público y \$21,1 millones al sector privado (ver gráfico 18).

Hacia el año 2022 (fin de la pandemia) el efecto neto de los hospitales continuó presentando un déficit de \$166 millones que se vio reflejado por un déficit del sector público por un valor de \$235,3 millones frente a un superávit de \$69,1 millones del sector privado.

Así mismo, se observa en el gráfico 18 que el efecto neto en el valor de la producción de los hospitales públicos fue negativo en todos los años, con un déficit acumulado de

\$ 732 millones; sin embargo en el sector privado los años 2021 y 2022 de pandemia arrojaron efectos netos positivos por un valor de \$ 92,3 millones.

Gráfico 18. Efecto neto en la producción de los hospitales por sectores (millones de USD). Periodo 2020-2022



Fuente: INEC-CSS

Si comparamos la producción de hospitales frente a los centros ambulatorios, llama la atención el comportamiento divergente durante la pandemia; así, mientras la producción de hospitales refleja un efecto negativo en todo el periodo 2020-2022; por otro lado, los centros ambulatorios desde el año 2021 (ver gráfico 10) registran efectos netos positivos, es decir una producción mayor a la esperada bajo el escenario sin COVID. Sería importante profundizar en otro estudio, sobre las causas en la capacidad de respuesta divergente entre las actividades de hospitales y centros ambulatorios durante la pandemia con miras a establecer estrategias de contención frente a posibles escenarios de pandemia en un futuro.

3.2.3 Efectos del COVID-19 en otras actividades de salud

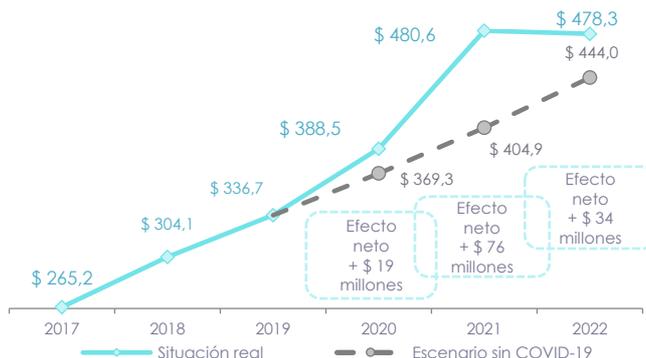
La industria de “otras actividades de salud” comprende principalmente las actividades de los laboratorios médicos, proveedores de transporte de pacientes, bancos de sangre y actividades de otros profesionales de la salud.

Desde el punto de vista contable y de la medición en las CSS, estas actividades son explícitas para el sector privado, no así para el público, en el cual, los servicios de laboratorio, transporte de pacientes, banco de sangre, etc. se prestan como parte integral de los servicios de instituciones ambulatorias y hospitales.

Antes de la pandemia y con especial énfasis durante la misma, las actividades de los laboratorios tuvieron un rol crucial. En ellos se realizaron alrededor de \$2,5 millones de pruebas¹⁵ para diagnosticar la presencia del coronavirus SARS-CoV-2 en la población. Los resultados de las pruebas de laboratorio acompañaron a los médicos para diagnosticar y tratar a los pacientes infectados por el SARS-CoV-2.

¹⁵ El dato del número de pruebas médicas de coronavirus (COVID-19) realizadas en Ecuador, fue tomado de la publicación del Departamento de Investigación de Estadística, número de pruebas médicas de coronavirus (COVID-19) realizadas en América Latina al 5 de julio de 2022.

Gráfico 19. Efecto neto en la producción de las otras actividades de salud (millones de USD). Período 2017-2022



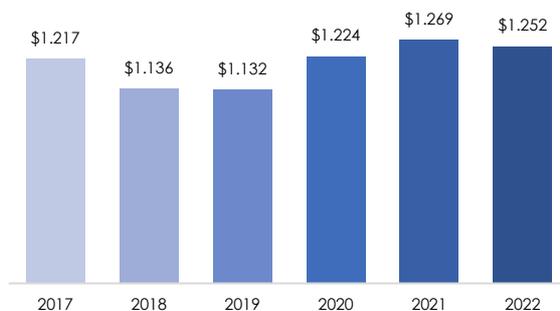
Fuente: INEC-CSS

En este contexto, no sorprende que la pandemia tuvo un efecto dinamizador en esta industria (ver gráfico 19), generándose excedentes en el valor de la producción, durante los tres años de pandemia, siendo el año 2021 el de mayor efecto neto positivo con \$76 millones.

3.2.4 Gasto de consumo de los hogares en productos farmacéuticos durante la pandemia

En el contexto de la pandemia por COVID-19 y desde la óptica del consumo de los hogares, es importante observar el gasto de bolsillo de los hogares destinado a adquirir medicamentos y productos farmacéuticos.

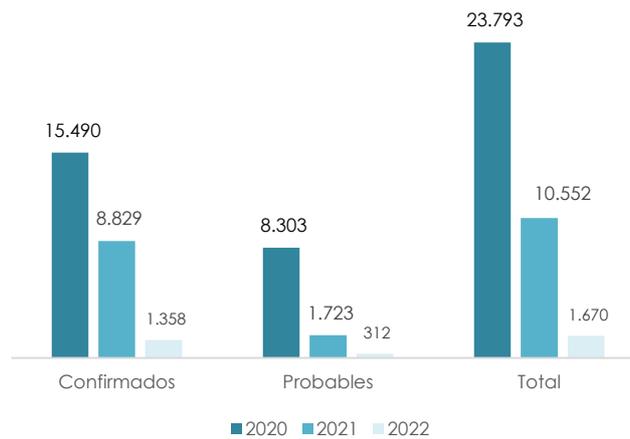
Gráfico 20. Gasto de los hogares en productos farmacéuticos y químicos (millones de USD). Período 2018-2022



Fuente: INEC-CSS

Según las CSS (2022) el gasto en productos farmacéuticos y químicos, es el concepto más representativo dentro del gasto en salud de los hogares con una participación del 38% en 2022. Su evolución durante la pandemia (ver gráfico 20) revela un crecimiento del 8,1% en 2020, 3,7% en el 2021, mientras en 2022, en consonancia con la reducción de los niveles de contagio por COVID-19, el gasto de los hogares en productos farmacéuticos decreció 1,3%.

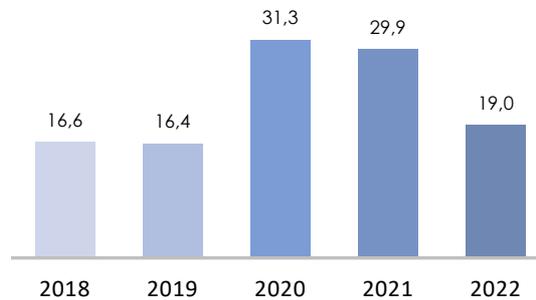
Gráfico 21. Total de fallecidos por COVID – 19. Periodo 2020-2022



Fuente: Coronavirus COVID-19 - MSP 2023.
Elaboración: INEC 2023

En el gráfico 20, se observa también que entre 2017-2019 (periodo pre-pandemia), el gasto de los hogares en productos farmacéuticos venía decreciendo; de ahí que, el incremento entre 2020-2021 podría explicarse por la urgencia de las personas en adquirir medicamentos recetados o “automedicados”, para paliar los efectos del contagio e inclusive como medidas desesperadas por evitar consecuencias fatales, como las que se evidencian en el gráfico 21.

Gráfico 22. Tasa bruta de mortalidad hospitalaria por 1.000 egresos



Fuente: Egresos Hospitalarios -INEC.

La situación más compleja para los hogares, tuvo su punto más crítico durante el 1er año de pandemia (2020), cuando la incertidumbre y los efectos fatales del coronavirus, en un entorno de insuficiente capacidad instalada del Sistema Nacional de Salud para atender a todos los contagiados, culminaron con la vida de miles de personas, así se puede observar en el gráfico 21, con un total de 36.015 defunciones causadas (confirmados y probables) por el COVID-19 entre 2020-2022 (MSP, 2023) y un aumento de la tasa de mortalidad hospitalaria (gráfico 22) de 16.4 en el año de pre-pandemia 2019 a 31.3 en el año de más crítico de la pandemia (2020), según datos del INEC (2023).



4. Conclusiones

- Durante la crisis sanitaria la producción histórica de servicios sanitarios del sector salud se vio alterada en respuesta a las medidas de aislamiento y atención prioritaria de pacientes con COVID-19.
- En función de la Metodología de Evaluación de Desastres, es factible medir el Efecto Económico Neto y su descomposición en Pérdidas Económicas y Costos Adicionales, que la pandemia por el COVID-19 ocasionó en el sector salud del país.
- En 2020, en términos de Efecto Neto, el sector salud dejó de producir \$300 millones (efecto negativo), de los cuales el 62,2% correspondió al sector público; en 2021 este comportamiento se revierte y el efecto neto alcanzó un excedente de \$292 millones, y en 2022 el excedente es positivo pero se reduce a \$99 millones. Este comportamiento disímil puede explicarse al descomponer el efecto neto; desde esta perspectiva, en 2020 al mirar al sector público –por limitaciones de información no se tiene la descomposición para el sector privado- la presencia del COVID-19 provocó pérdidas económicas en la producción histórica (no COVID) por un valor de -\$437 millones, mientras por concepto de costos adicionales (producción nueva asociada al COVID) se destinaron \$250 millones. Al compensar estos valores, se tuvo como efecto neto del sector público -\$187 millones, lo que a su vez representa el 62,2% del efecto neto total de la salud de -\$300 millones en ese año.
- Para enfrentar a la pandemia, entre 2020-2022 desde el sector público se destinaron \$897 millones en recursos adicionales, los que se utilizaron mayoritariamente en la adquisición de vacunas e insumos médicos (consumo intermedio) por un valor de \$701 millones que representaron el 78% del total de costos adicionales; así también, por concepto de remuneraciones se destinaron recursos adicionales por un valor de \$163 millones (18%); además, se invirtieron \$33 millones para equipamiento cardio-respiratorio, equipos de laboratorios, adecuación de instalaciones, etc. (4% del total de los gastos adicionales).
- Del análisis según sub-industrias de la salud, se observó un comportamiento divergente entre la producción de servicios ambulatorios, de internación y otros servicios de la salud; así, mientras la producción hospitalaria refleja un efecto negativo en todo el periodo 2020-2022 (-\$732 millones acumulados); por otro lado, los centros ambulatorios desde el año 2021 registran efectos netos positivos, es decir tuvieron una producción mayor a la esperada bajo el escenario sin COVID, siendo el año 2022 el de mayor excedente con \$187 millones. En “Otras actividades de salud” donde se incluye a los laboratorios, se generó un efecto neto positivo que durante los 3 años evaluados alcanzó \$129 millones.
- La experiencia vivida subraya la imperante necesidad de fortalecer al Sistema Nacional de Salud, mejorar las buenas prácticas de salud individual y colectiva, fortalecer los programas de salud pública, favorecer la investigación científica, entre otros. A medida que dejamos atrás esta crisis, se nos presenta la oportunidad de aprender de las lecciones y construir un país más solidario y resiliente.



Bibliografía

- BCE. (2020). Banco Central del Ecuador—La pandemia incidió en el crecimiento 2020: La economía ecuatoriana decreció 7,8%. <https://www.bce.fin.ec/boletines-de-prensa-archivo/la-pandemia-incidio-en-el-crecimiento-2020-la-economia-ecuatoriana-decrecio-7-8>
- El Universo. (2022). COVID-19: En promedio cada 14 segundos se registró un contagio en el Ecuador en la segunda semana de enero | Ecuador | Noticias | El Universo. <https://www.eluniverso.com/noticias/ecuador/covid-19-en-promedio-cada-14-segundos-se-registro-un-contagio-en-el-ecuador-en-la-segunda-semana-de-enero-nota/>
- INEC. (2022). Cuentas Satélite de Salud 2022. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>
- MSP. (2021). Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Plan-Nacional-de-Vacunacion-plan-9-100.pdf>
- MSP. (2023a). Ecuador se suma a la decisión de la OMS de poner fin a la emergencia en salud pública por COVID-19. <https://www.salud.gob.ec/ecuador-se-suma-a-la-decision-de-la-oms-de-poner-fin-a-la-emergencia-en-salud-publica-por-covid-19/>
- MSP. (2023b). Vacunómetro COVID-19. Plan de vacunación, Ministerio de Salud Pública. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYTkzNTFkMmUtZmUzNi00NDcwLTg0MDEtNjFkNzhhZTg5ZWYyIiwidCI6IjcwNjlyMGRiLTliMjktNGU5MS1hODI1LTl1NmlwNmQyNjlmMyJ9&pageName=ReportSection>
- OPS/OMS. (2022, mayo 5). El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de la CEPAL (2014). Manual para la Evaluación de Desastres.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios. Periodo 2018-2022.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. Periodo 2018-2020.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Cuentas Satélite de Salud. Periodo 2007-2022.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Índices de Precios al Consumidor. Periodo 2015-2022.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Visualizador de Facturación y Atenciones de la Red Interna y Red Externa. Periodo 2020-2022.
- Ministerio de Salud Pública. Base de datos de morbilidad. Periodo 2018-2022.
- Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Vacunación.
- Ministerio de Salud Pública. Informes de Situación (SITREP) e Infografías COVID – 19 y Boletines Epidemiológicos.



- Ministerio de Salud Pública. Visualizador de Datos epidemiológicos COVID



@InecEcuador



@ecuadorencifras



@ecuadorencifras



INECEcuador

