



Cuentas Satélite de Salud

2007-2019



Nota técnica
de mejoras
metodológicas

Mayo, 2021



Dirección/Departamento

Dirección de Estadísticas Económicas

Unidad

Gestión de Análisis de Síntesis

Elaborado por:

María Dolores Robalino

Revisado por:

Henry Valdiviezo

Aprobado por:

Darío Vélez

Contacto:

inec@inec.gob.ec

www.ecuadorencifras.gob.ec

(02) 2234 164 · (02) 2235 890 · (02) 2526 072





Índice de contenido

1. Introducción.....	4
2. Justificación	4
3. Mejoras metodológicas implementadas en el proceso de construcción de las CSS 2015-2019	5
3.1. Literatura y fuentes de información estadística de base.....	5
3.2. Actualización del cálculo del gasto de bolsillo en salud.....	7
3.3. Homologación de la clasificación de instituciones según niveles de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS).....	9
3.4. Desagregación de los productos de salud que prestan las instituciones públicas y privadas.....	10
3.5. Otras mejoras metodológicas	11
4. Resultados de la implementación de las mejoras metodológicas en las CSS	12
4.1. VAB de las industrias características de la salud respecto al PIB. Periodo 2007-2019 (millones de dólares de 2007)	12
4.2. Actualización del cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud (GBS) ..	13
4.2.1. Gasto de consumo final público y privado en salud. Periodo 2007-2019, (miles de dólares de 2007)	13
4.2.2. Comparativo del gasto de bolsillo de los hogares en salud. Periodo 2007-2019	13
4.3. Producción según industrias y unidades institucionales de las actividades de hospitales públicos y privados. año 2014, (miles de dólares)	14
4.4. Producción según industrias de actividades de hospitales y productos de la salud. año 2014, (miles de dólares)	15
5. Bibliografía.....	16



1. Introducción

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) dentro de su programación estadística plurianual y en el marco del Sistema Nacional de Planificación viene construyendo las Cuentas Satélite de Salud (CSS), como una herramienta de cuantificación económica de los flujos de oferta y demanda de servicios de salud en el país.

La última publicación de las CSS 2014 se efectuó en el año 2017. En reunión del 30 de junio de 2020, el Consejo Nacional de Estadística y Censos (CONEC), en concordancia con la emergencia sanitaria declarada en el país a causa de la COVID-19 y la necesidad de contar con información actualizada del sector salud para la toma de decisiones, resolvió acoger la priorización dada por el INEC al proceso de actualización de los resultados de las CSS 2015-2019 para su publicación en 2021.

La construcción de las CSS 2015-2019 ha contado con la colaboración técnica del Ministerio de Salud Pública (MSP) como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud y se ha fortalecido gracias a la información y retroalimentación de varias instituciones como el Ministerio de Economía y Finanzas, Servicio de Rentas Internas, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Banco Central del Ecuador, Banco de Desarrollo del Ecuador, ISSFA, ISSPOL, ARCSA, ACESS, SECOB, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Municipios de Cuenca, Quito y Guayaquil, entre otras.

En el proceso de planificación y definición del alcance de las CSS 2015-2019, se convocaron reuniones interinstitucionales con el MSP para socializar el alcance y establecer las mejoras a implementarse en este producto estadístico. En función de estas mejoras, se establecieron acuerdos para la entrega de información, así como un cronograma de revisión de avances en la producción de las CSS.

De este modo, el presente documento describe desde un punto de vista metodológico y de resultados, la implementación de las mejoras planificadas para las CSS. Es importante destacar que, en el marco de las buenas prácticas estadísticas, este proceso fue socializado y contó con la colaboración técnica y participativa del MSP.

2. Justificación

Con la finalidad de mejorar la precisión de la medición estadística, incrementar la desagregación de la información publicada y por la necesidad de homologar los clasificadores de las CSS con el Sistema Nacional de Salud y favorecer la comparabilidad de los resultados con cuentas similares en el contexto internacional, se planteó la actualización metodológica en los siguientes temas:

- **Actualización del cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud.** Este indicador es importante en el contexto internacional pues permite medir la carga económica de los hogares para el acceso a los servicios de salud públicos y privados. En Ecuador este indicador forma parte del Plan Nacional de Desarrollo, por lo cual se ha realizado un trabajo conjunto con el equipo técnico del MSP para el análisis y revisión de la metodología para la medición de este indicador.
- **Homologación de la clasificación de instituciones según los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud:** el objetivo de esta homologación es establecer una correspondencia entre las clasificaciones de industria y unidades institucionales de cobertura de las CSS respecto de la clasificación de los niveles de atención y tipología de unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.
- **Desagregación de los servicios de salud (productos) que prestan las instituciones públicas y privadas:** esta mejora es significativa pues se desagrega la producción de cada establecimiento en diferentes servicios de salud prestados, es decir, ahora la medición de la producción no se limita al producto principal de cada establecimiento sino a productos principales y secundarios. Se implementa así una clasificación funcional de consumo, que guarda un nivel de correspondencia con la nomenclatura de consumo del System Health Accounts (SHA 2011).
- **Otras mejoras metodológicas:** estas mejoras se generan acorde a recomendaciones y prácticas internacionales, así como a procesos de mejoramiento continuo



derivados de una mejor y mayor cantidad de registros administrativos disponibles en las instituciones de salud.

Entre estas mejoras tenemos: la sectorización y medición de la medicina prepagada en la industria conexas de sociedades financieras; la utilización de fuentes de datos y actualización de la cobertura de instituciones; el reajuste de los flujos económicos de gasto debido a las derivaciones de pacientes desde las unidades médicas de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) hacia la Red Complementaria Privada (RCP).

Estas implementaciones metodológicas, mejoran significativamente las estadísticas e indicadores económicos de las CSS, presentando mayores desagregaciones y mayor precisión en la medición de los resultados. Conforme a las buenas prácticas estadísticas, las actualizaciones metodológicas son homologadas para la serie de datos publicados 2007-2014, con la finalidad de tener información comparable en el tiempo.

Es así como el INEC, dentro de un difícil contexto sanitario provocado por la pandemia COVID, mejora la calidad de las CSS y favorece el análisis de los flujos económicos del sector salud, con datos más precisos y desagregados para la toma de decisiones.

3. Mejoras metodológicas implementadas en el proceso de construcción de las CSS 2015-2019

Es importante para el INEC generar información estadística cuantitativa que pueda organizarse según las estructuras institucionales del país. En este sentido, la generación de información estadística según la estructura del Sistema Nacional de Salud, facilita el análisis de los resultados de las Cuentas Satélites de Salud en función de los niveles de atención de los establecimientos de salud y según los diferentes servicios de salud que estos establecimientos brindan a la población en general.

Así mismo, una mejor precisión en la medición de indicadores estadístico de la salud como consecuencia de la implementación de recomendaciones metodológicas, favorece la confiabilidad y comparabilidad de estos datos,

y hacen de la CSS una mejor herramienta para la toma de decisiones en el sector de la salud.

3.1. Literatura y fuentes de información estadística de base

El INEC ha revisado metodologías y prácticas internacionales, aplicadas en la construcción de sistemas estadísticos de cuentas de la salud de otros países. En este sentido, se exploró la literatura pertinente (ver tabla 1) y se participó en capacitaciones sobre la construcción de estadísticas de salud bajo la metodología SHA (2011). Estos aspectos fortalecieron la capacidad técnica del equipo de trabajo y permitieron implementar cada una de las mejoras metodológicas planificadas.

Tabla 1. Bibliografía soporte para las mejoras metodológicas y construcción de las CSS.

Institución/Autor	Año	Título
INEC	2012	Clasificación Nacional de Actividades Económicas. CIU Rev. 4.0. Unidad de Análisis de Síntesis.
INEC	2012	Clasificación Nacional Central de Productos. CCP Ver. 2.0. Unidad de Análisis de Síntesis.
INEC	2014	Actividades y recursos de la salud.
Lequiller, F., & D. Blades.	2014	Understanding National Accounts: Second edition.
NN.UU, OECD, BM, FMI, & CE.	2009	Sistema de Cuentas Nacionales 2008.
OECD, Eurostat and World Health Organization	2017	A System of Health Accounts 2011: Revised edition.
Ministerio de Salud Pública	2020	Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.
Ministerio de Salud Pública	2020	Portal Geosalud 3.7.6
Organización Mundial de la Salud	2005	Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios.

Fuente: INEC, CSS.

Por otro lado, se realizó un mapeo de la información necesaria para la actualización de las CSS e implementación de las mejoras metodológicas. Esta actividad se realizó mediante una revisión exhaustiva de fuentes de datos públicas y privadas, y posteriormente mediante acciones telemáticas directamente con los proveedores de información para obtener la data, en el contexto del confinamiento por el COVID-19.



El mapeo se recoge en una matriz de recolección de la información, en la cual se identifican las necesidades de información para cada sector que forma parte de las CSS, como se observa en la tabla 2:

Tabla 2. Matriz de fuentes y necesidades de información de las CSS.

Sector	Necesidades	Institución
Sociedades No Financieras	Balances de situación financiera y estados de resultados de ingresos y gastos.	INEC - DIRAD Convenio con el SRI
Sociedades No Financieras	Presupuestos devengados de ingresos y gastos para cada una de las instituciones de la salud que pertenecen a la Junta de Beneficencia de Guayaquil.	Junta de Beneficencia de Guayaquil
Sociedades no financieras	Información económica y CIU de empresas que prestan el servicio de salud.	Instituto Nacional de Estadística y Censos
Sociedades financieras	Información de balances de los seguros y establecimientos.	Superintendencia de Compañías
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de entidades del sector público en salud.	Ministerio de Economía y Finanzas
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de los GAD.	Ministerio de Economía y Finanzas
Gobierno Central	Presupuestos de ingresos y gastos devengados y codificados en donde se incorpore la información del comprobante único de registro de transferencia o pago (CUR).	Ministerio de Salud Pública
Gobierno Central	Distributivo de personal en salud del sector público.	Ministerio de Salud Pública
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos del sector de la salud.	Ministerio de Salud Pública
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos relacionados con el Seguro General de Salud.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Gobierno Central	Monto detallado de pagos efectuados a las instituciones pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y Red Complementaria de Salud (RCS) debido a la derivación de pacientes afiliados del IESS a estas instituciones para la prestación de servicios de salud.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Gobierno Central	Información de facturación y producción anual distribuida según tipos de servicios de salud y niveles de atención que se brindan en cada una de las unidades médicas ambulatorias y hospitalarias del IESS.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos relacionados con los fondos de salud y administración del Seguro Social Campesino.	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de las actividades relacionadas con la salud que ejecuta y financia el ISSFA.	ISSFA

Sector	Necesidades	Institución
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de las actividades relacionadas con la salud que ejecuta y financia el ISSPOL.	ISSPOL
Gobierno Central	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de las actividades relacionadas con la salud que ejecuta la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud de la Policía Nacional.	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud de la Policía Nacional
Gobierno Central	Información de establecimientos de salud públicos y privados registrados en la ACESS (incluyendo los establecimientos de medicina prepagada).	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS
Gobierno Central	Listado de establecimientos farmacéuticos registrados en la ARCSA.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria - ARCSA
Gobierno Local	Presupuestos de ingresos y gastos de la sectorial salud de municipios y consejos provinciales.	Banco de Desarrollo del Ecuador (BDE)
Gobierno Local	Información de presupuestos devengados de ingresos y gastos de las actividades relacionadas con la salud ejecutadas por el Municipio del DMQ.	Secretaría de Salud - Municipio de DMQ
Gobierno Local	Listado de establecimientos de salud (unidades médicas) y/o programas de salud que son financiados por el Municipio del DMQ.	Secretaría de Salud - Municipio de DMQ
Gobierno Local	Presupuestos devengados de ingresos y gastos de las actividades relacionadas con la salud del Municipio de Cuenca.	Dirección General Financiera - Municipio de Cuenca
Gobierno Local	Presupuestos devengados de ingresos y gastos asociados al tema de la salud pública efectuados por el Municipio de Guayaquil.	Municipalidad de Guayaquil
Hogares	Valor del Gasto de Consumo de los hogares y FBCF.	Instituto Nacional de Estadística y Censos
Conexos	Valor de la producción, valor agregado, consumo intermedio, remuneraciones, FBCF.	Banco Central del Ecuador
Conexos	Total gastos en productos químicos, farmacéuticos, aparatos médicos, artículos ópticos, infraestructura sector salud.	Instituto Nacional de Estadística y Censos
Conexos	Información de establecimientos de medicina prepagada.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada ACESS
Todos los sectores	Información estadística de recursos y actividades de la salud.	INEC
Todos los sectores	Información estadística de camas y egresos hospitalarios.	INEC

Fuente: INEC, CSS.



Una vez que se revisó la literatura pertinente y se gestionó la información, se procedió a implementar las mejoras metodológicas según se describe en las siguientes secciones.

3.2. Actualización del cálculo del gasto de bolsillo en salud

Como parte de la innovación y mejoramiento continuo, se actualizó la metodología de cálculo del indicador de Gasto de Bolsillo, sobre la base de nuevos enfoques metodológicos del SHA 2011 que actualmente predominan en los países de la OCDE, y del análisis de los equipos técnicos del INEC y el MSP.

Es importante señalar que según el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 "Toda una vida", el indicador de gasto de bolsillo en salud está relacionado con la meta: Aumentar la cobertura, calidad, y acceso a servicios de salud: Reducir el porcentaje del gasto de bolsillo de los hogares en salud al 2021; que forma parte del objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas; e indicador asociado: "Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto de consumo final en salud".

El gasto de bolsillo en salud (GBS) comprende todos los gastos directos que realizan los hogares para adquirir bienes y servicios de salud. Como porcentaje, este indicador muestra la participación del gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud respecto al gasto de consumo final total en salud, este último, incluye el gasto de consumo final del gobierno general, de las instituciones sin fines de lucro y de los propios hogares.

La actualización metodológica del cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud es relevante, porque permite comparar la media en la cual los hogares, con sus propios recursos, están financiando sus atenciones de salud en relación a la contribución que hace el Estado, en el marco de las políticas de gratuidad y acceso universal a la salud.

A continuación, se describe el proceso de cálculo del indicador gasto de bolsillo en salud según la metodología anterior y la metodología actualizada de las CSS.

➤ Cálculo del indicador de gasto del bolsillo en salud metodología anterior

En la metodología anterior el gasto de bolsillo se medía considerando todos los componentes del gasto de consumo final privado (hogares) en salud como numerador, mientras en el denominador se toma el gasto de consumo final individual y colectivo en bienes y servicios de salud.

Así la fórmula de cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud estaba dada por:

$$\frac{GB}{GT} = \frac{GCFH}{GCFT} \times 100$$

Dónde:

GB/GT = Porcentaje del Gasto de bolsillo en salud.

GCFH = Gasto de Consumo Final de los Hogares en salud.

GCFT = Gasto de Consumo Final Total en salud.

De manera simplificada, los componentes del gasto de consumo final de los hogares, puede observarse a continuación en el gráfico 1.

➤ Cálculo del indicador de gasto del bolsillo en salud metodología actualizada

En el nuevo cálculo del gasto de bolsillo se excluyen los pagos que los hogares realizan al gobierno por servicios de administración y regulación (servicios colectivos como tasas, timbres, permisos, certificaciones, etc.), además se descuentan los gastos en servicios de medicina prepagada y seguros privados, esto debido a que se trata de gastos de naturaleza financiera, fruto de actividades de intermediación de servicios de salud que realizan las empresas de seguros y medicina prepagada.

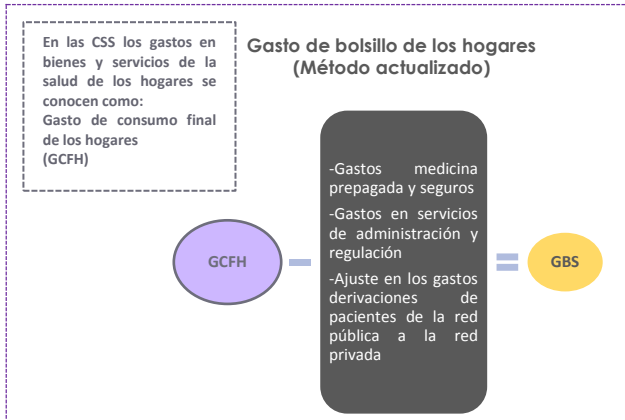
Por otro lado, y por las características del esquema de financiamiento del Sistema Nacional de Salud, al gasto privado en salud se debe descontar los gastos del gobierno general realizados por la compra de servicios de salud en el sector privado. Es decir, los gastos asociados a las derivaciones de pacientes, desde instituciones de la Red Pública Integral de Salud hacia la Red Complementaria Privada, se





consideran parte del ente que financia y no de quien produce el servicio.

Gráfico 1. Actualización del cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud.



Fuente: INEC, CSS.

De manera específica el cálculo actualizado del indicador GCF¹ en las CSS parte de la medición del GCFH y se va estructurando conforme se indica a continuación.

El cálculo de los gastos de consumo final de los productos característicos se toma como contrapartida a las producciones de mercado y de no mercado a precios de comprador de todos los sectores institucionales, más los gastos de consumo final de los hogares en productos conexos como los medicamentos y otros.

Así mismo, a la producción de mercado se restan las compras del gobierno en nombre de los hogares o transferencias sociales en especie (TSE) y por otro lado, este último concepto más la producción de no mercado del gobierno constituyen el gasto de consumo final del gobierno.

Como se mencionó, de la producción de no mercado más las transferencias sociales en especie se obtiene el gasto de consumo final del Gobierno (GCFG). Este mismo proceso se aplica para obtener el gasto de consumo final de las Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (GCFISFLSH).

¹ Para mayor detalle ver la ficha metodológica GBS, en la sección de fichas de indicadores en la página web del "INEC" describe el cálculo del Indicador "Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total de salud".

La sumatoria del gasto de consumo final del gobierno, de las ISFLSH y los hogares, comprende el gasto de consumo final total en salud (GCFT).

Finalmente, para obtener el gasto de bolsillo de los hogares en salud (GBS), al GCFH se resta o excluye los pagos de los hogares al gobierno por bienes y servicios de salud colectiva (gastos por tasas, emisión de certificados, permisos, etc., que se obtienen en las instituciones de rectoría y control sanitario); se restan también, los gastos en servicios de medicina prepagada y seguros de enfermedad y accidentes privados, debido a que se trata de servicios de intermediación financiera y se descuentan las transferencias sociales en especie por compra de servicios de salud a la Red Complementaria Privada.

Fórmula de cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud:

$$\%GBS = \frac{GBS}{GCFT} \times 100$$

Dónde:

GBS = Gasto de bolsillo en salud.

GCFT = Gasto de consumo final total en salud.

$$GBS = GCFH - GCRA - GCSP - GCMP - GCSEA - TE_{(d)}$$

Dónde:

GCFH = Gasto de Consumo Final de los Hogares en salud (incluye todos los bienes y servicios de salud característicos y conexos que adquieren los hogares).

GCRA = Gasto de consumo final en servicios de rectoría y administración del sector salud (servicios colectivos).

GCSP = Gasto de consumo final en servicios de salud pública (servicios colectivos).

GCMP = Gasto de consumo final en servicios de medicina prepagada (servicios de intermediación en salud).

GCSEA = Gasto de consumo final en servicios de seguros de enfermedad y accidentes privados (servicios de intermediación en salud).

TE_(d) = Transferencias en especie de servicios de salud. Compra de servicios de salud a nombre de los hogares por "derivaciones" de pacientes desde las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (sector público) hacia la Red Privada Complementaria (sector privado).



$$GCFT = GCFH + GCFG + GCF_{ISFLSH}$$

Dónde:

GCFH = Gasto de consumo final de los hogares en salud.

GCFG = Gasto de consumo final total del gobierno general.

- $GCFG = GCFG_i + GCFG_c$
- **GCFG_i** = Gasto de consumo final individual del gobierno general.
- **GCFG_c** = Gasto de consumo final colectivo del gobierno general.

GCF_{ISFLSH} = Gasto de consumo final de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.

Parte fundamental de esta actualización son las fuentes de información utilizadas como registros administrativos y registros de prestadores externos de entidades como el MSP e IESS. Es necesario destacar que actualmente se tiene información administrativa sistematizada y con mejores niveles de desagregación lo que ha permitido actualizar la medición de este indicador.

3.3. Homologación de la clasificación de instituciones según niveles de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS)

La homologación de la clasificación de instituciones según niveles de atención del SNS, comprende la apertura de nomenclaturas según los niveles de atención de acuerdo a la normativa del MSP; estas desagregaciones de los niveles de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud tienen por objetivo establecer una tipología homologada y el adecuado reconocimiento de las capacidades resolutorias de atención de la salud humana de las instituciones del SNS. En esencia, la tipología de los establecimientos de salud se define en función de su cartera de servicios y está organizado por niveles de atención y niveles o grados de complejidad para los establecimientos de apoyo.

Consecuentemente, la actualización y homologación de los clasificadores de las CSS según la estructura del SNS, permite conocer la economía de la salud según la realidad sanitaria. En este sentido, los indicadores económicos de la Producción, el Valor Agregado Bruto, el Gasto de Consumo Final,

entre otros pueden desagregarse según tipos de atención con internación (hospitales) y sin internación médica (servicios ambulatorios), para el sector público y privado.

Además de la estructura del SNS, otro de los referentes metodológicos utilizados para la actualización de nomenclaturas de las CSS es la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, 2011 por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud. Esta metodología parte de una visión tri-axial del sistema estadístico de salud, en este sentido la información se organiza desde una visión consumo-provisión-financiamiento. Para el efecto desarrolla tres modelos analíticos que permiten describir el sistema de salud, con base en clasificaciones, desde la perspectiva del gasto.

La metodología SHA 2011 al ser un enfoque estándar permite comparar resultados en el tiempo y entre países, superando las complejidades y particularidades de cada sistema de salud. En este sentido, resulta relevante señalar que a partir de 2017 la base de datos mundial de la OMS² reporta los datos e indicadores de gasto en salud utilizando esta metodología.

A continuación, en el cuadro 1, se representa una comparación de la actualización de las nomenclaturas según actividades de hospitales y de servicios ambulatorios, en la cual se observa la nueva desagregación que las CSS incorporan según los niveles de atención de la salud³.

²<https://www.campusvirtualesp.org/sites/default/files/webfiles/onlineflyers/cvcuentasdesalud18/cvcuentasdesalud18.html>

³ Para más detalle revisar el documento metodológico en contraste con la sección de la nomenclatura anterior.





Cuadro 1. Ejemplo de la desagregación de nomenclaturas de hospitales y centros ambulatorios.

Nomenclatura actualizada

Industrias	Unidad institucional
Actividades de hospitales públicos (MSP)	Hospitales básicos y generales Hospitales de salud mental y adicciones Hospitales de especialidades y especializados
Actividades de hospitales públicos (IESS)	Hospitales básicos y generales Hospitales de especialidades y especializados
Actividades de hospitales públicos (otros del sector público)	Hospitales básicos y generales Hospitales de especialidades y especializados
Actividades de hospitales privados	Hospitales básicos y generales Hospitales de salud mental y adicciones Hospitales de especialidades y especializados
Actividades de centros ambulatorios del sector público (MSP)	Centros y puestos ambulatorios Centros clínicos quirúrgicos ambulatorios (Hospital del día)
Actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS)	Centros y puestos ambulatorios Centros clínicos quirúrgicos ambulatorios (Hospital del día)
Actividades de centros ambulatorios del sector público (otros del sector público)	Centros y puestos ambulatorios Centros clínicos quirúrgicos ambulatorios (Hospital del día)
Actividades de centros ambulatorios del sector privado	Centros de atención ambulatoria Consultorios médicos Consultorios odontológicos

Fuente: INEC, CSS.

Es importante mencionar que, esta clasificación se aplica a todos los sectores y subsectores que forman parte de la cobertura de las CSS. Para realizar este ejercicio de desagregación se utilizaron fuentes de información como: registros de establecimientos de la salud según la tipología y niveles de atención fuente MSP, registros de la encuesta de Recursos y Actividades de Salud (RAS), registros de establecimientos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), entre otros.

3.4. Desagregación de los productos de salud que prestan las instituciones públicas y privadas

La nomenclatura anterior de productos de la salud, clasifica a los bienes y servicios producidos por las industrias características y conexas de la salud, en función de las particularidades físicas de los bienes y naturaleza de los servicios definidas en el Clasificador Central de Productos, CPC Versión 2.0 (INEC, 2012). Sin embargo, por las limitaciones de la información el producto que se ha venido presentando en las CSS se ha limitado al producto principal generado por cada institución de la salud.

Por otro lado, en la actualización de la nomenclatura de productos de las CSS se considera también el clasificador de consumo según la metodología SHA, la cual muestra una clasificación con orientación funcional de los servicios de salud. Esta actualización de nomenclatura permite clasificar los productos que generan las unidades médicas según la finalidad del consumo y la forma de provisión de los servicios de salud. La tipología del SHA favorece la comparabilidad internacional y posibilita la recopilación de información estadística de manera coherente y uniforme, al tiempo que puede vincularse con los otros componentes del enfoque tri-axial y expandirse con clasificadores adicionales.

Las CSS organizan su información según industrias de producción característica de la salud y de producción conexas, ésta última orientada a apoyar o contribuir para que las unidades médicas generen actividades de prevención, curación y rehabilitación de la salud. Las industrias de la salud son las generadoras de productos o servicios de salud de modo que existe una estrecha relación entre las nomenclaturas de industrias (actividades) y productos (servicios), pues sintetiza la relación provisión-consumo de los establecimientos médicos con los usuarios finales.

En el cuadro 2 se muestra la nomenclatura actualizada de productos en los servicios hospitalarios y servicios ambulatorios de las CSS.





Cuadro 2. Ejemplo de la desagregación de nomenclaturas por productos de hospitales y centros ambulatorios.

Nomenclatura actualizada

Industrias	Productos/servicios
Actividades de hospitales públicos (MSP)	Servicios con internación Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de hospitales públicos (IESS)	Servicios con internación Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de hospitales públicos (otros del sector público)	Servicios con internación Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de hospitales privados	Servicios con internación Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de centros ambulatorios del sector público (MSP)	Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de centros ambulatorios del sector público (IESS)	Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de centros ambulatorios del sector público (otros del sector público)	Servicios ambulatorios Servicios odontológicos
Actividades de centros ambulatorios del sector privado	Servicios ambulatorios Servicios odontológicos

Fuente: INEC, CSS.

Es importante mencionar que esta actualización se aplica a todos los sectores y subsectores que forman parte de la cobertura de las CSS. Para realizar este ejercicio de desagregación se utilizaron diferentes fuentes de información como los registros de producción de los establecimientos de la salud del MSP, registros de Recursos y Actividades de Salud (RAS) del INEC, registro de Egresos y Camas Hospitalarias del INEC, registros de Facturación y Producción del IESS, registros de información económica de establecimientos de la salud del SRI y el Ministerio de Finanzas, entre otras fuentes.

3.5. Otras mejoras metodológicas

➤ Medicina prepagada

Los servicios de seguros de salud y medicina prepagada son vistos por entidades que por su naturaleza realizan actividades de intermediación financiera. Su objetivo es reducir los niveles de riesgo de los hogares de no poder hacer frente a necesidades de financiamiento por la atención de la salud humana.

Este tipo de establecimientos son esencialmente administradores de fondos y ejecutan actividades de intermediación de servicios de la salud. Por lo tanto, al realizar actividades de apoyo para la prestación de servicios de la salud se reclasifican dentro de los productores conexos.

Para estos establecimientos, el cálculo de la producción se realiza conforme a su naturaleza, es así que, a los ingresos por servicios obtenidos por primas o ventas de planes de salud se sustraen los costos de las compras de servicios de salud y los costos por siniestros pagados. Este cálculo, evita una doble contabilización de la producción de servicios de salud.

➤ Derivaciones de la Red Pública de Instituciones de Salud (RPIS) hacia la Red Complementaria Privada (RCP)

Como se mencionó en la sección 3.2 sobre el cálculo del indicador de gasto del bolsillo en salud (metodología actualizada), al reacomodar e incorporar los flujos económicos que se desprenden de las “derivaciones” de pacientes desde las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (sector público) hacia la Red Privada Complementaria (sector privado), se consigue transparentar el financiamiento del gasto, imputando al sector público (gobierno general) el valor de estas compras al sector privado, tal como lo recomienda el SCN (2008) acerca del tratamiento de las transferencias sociales en especie.

Esta actualización de los flujos de gasto, conlleva una reducción importante del gasto de consumo final de los hogares equivalente al valor de las derivaciones, lo que tiene repercusión directa sobre el cálculo del indicador de gasto de bolsillo de los hogares





como porcentaje del gasto de consumo final total en salud.

➤ **Fuentes de datos y cobertura de instituciones**

Con el paso del tiempo, se observa que la información estadística de base desde las fuentes de información, es cada vez mejor sistematizada y con mayor desagregación. Gracias a ello, se puede actualizar la cobertura y medición de la producción de las instituciones de las CSS.

Para esta actividad, se consideran diferentes fuentes de información como: registros de establecimientos de salud del MSP, registros de establecimientos del RAS, registros de egresos hospitalarios, registros de establecimientos del Directorio de Empresas, registros de establecimientos del ACCESS, registros de facturación y producción del IESS, entre otros.

Como se mencionó, las mejoras metodológicas implementadas para las CSS 2015-2019, son homologadas para el periodo 2007-2014, con la finalidad de mantener la comparabilidad de los datos durante todo el periodo 2007-2019.

Es así como, la presente publicación de las CSS contiene información económica de mayor calidad, desagregación y precisión sobre la realidad económica del sector público y privado de la salud, lo cual ayudará a una mejor formulación y toma de decisiones de política pública sanitaria.

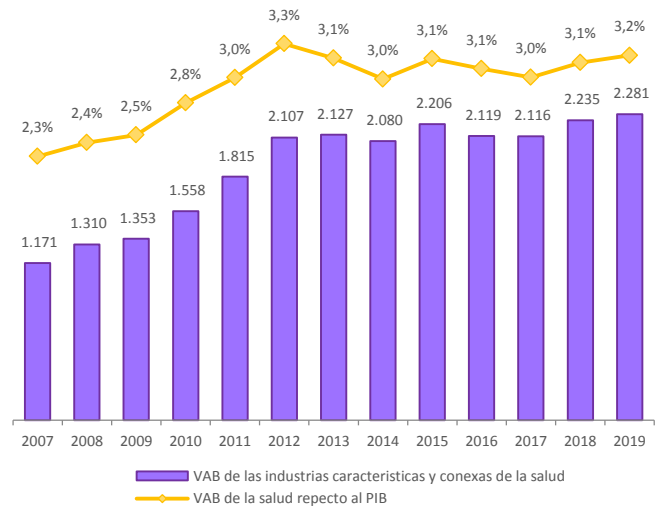
4. Resultados de la implementación de las mejoras metodológicas en las CSS

Como punto inicial, es importante señalar que las mejoras metodológicas implementadas y homologadas del periodo 2015-2019 hacia el periodo 2007-2014 no registran cambios significativos si se analizan los resultados de los agregados económicos de la salud como el VAB (ver gráfico 2), la Producción, el Gasto de Consumo Final Total, entre otros. Esto obedece a que el proceso mejora la estructura o composición de las cuentas, reflejado en una distribución interna más precisa y con mayor desagregación de datos. Por lo tanto, al observar indicadores como la estructura del gasto público y privado, el porcentaje de gasto

de bolsillo, la distribución del gasto de consumo final del gobierno y los hogares, entre otros, sí se registran cambios relevantes.

4.1. VAB de las industrias características de la salud respecto al PIB. Periodo 2007-2019 (millones de dólares de 2007)

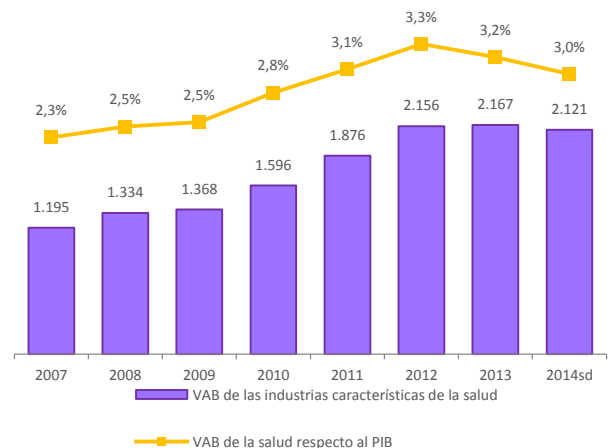
Gráfico 2. Participación del VAB de las industrias características de la salud respecto al PIB (metodología actualizada).



Fuente: INEC, CSS 2007-2019.

Como se puede observar en el gráfico 3, el Valor Agregado Bruto (VAB) de las actividades características de la salud en valores monetarios constantes se incrementó a lo largo del periodo 2007-2019, alcanzando los 2.281 millones de dólares en 2019; en ese año su participación respecto al PIB alcanza el 3,2%.

Gráfico 3. Participación del VAB de las industrias características de la salud respecto al PIB (metodología anterior).



Fuente: INEC, CSS 2007-2014.





Por otro lado, en los resultados basados en la metodología anterior y publicados hasta el año 2014 (gráfico 3), se observa que el Valor Agregado Bruto (VAB) de las actividades características de la salud en valores monetarios constantes alcanzó 2.121 millones de dólares en 2014, con una participación respecto al PIB fue del 3,0%.

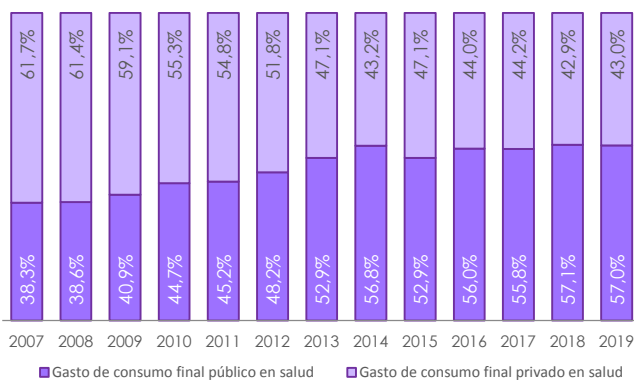
Si comparamos los gráficos 2 y 3, se observa que no existen cambios significativos en los indicadores de participación respecto al PIB. En los valores monetarios se observan mínimas diferencias, explicadas por el cambio de la medicina prepagada de característico a conexo, y por la actualización de coberturas de instituciones en las CSS.

4.2. Actualización del cálculo del indicador de gasto de bolsillo en salud (GBS)

Las reducciones de los gastos de los hogares en seguros de salud y medicina prepagada, y en servicios colectivos de administración y regulación, además de la redistribución del gasto por derivaciones hacia el gobierno desde el gasto de los hogares, implican cambios significativos que se reflejan en los resultados actualizados de la estructura de gasto de consumo final (público-privado) y del cálculo de gasto de bolsillo, tal como se evidencia en los siguientes resultados.

4.2.1. Gasto de consumo final público y privado en salud. Periodo 2007-2019, (miles de dólares de 2007)

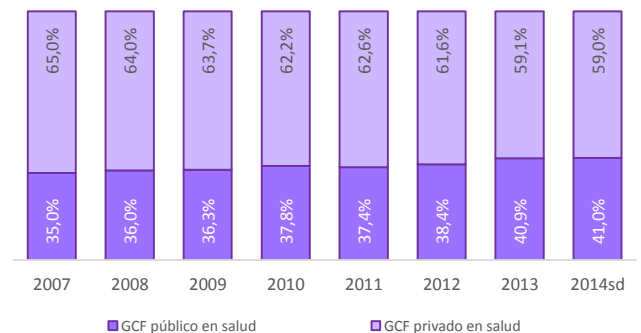
Gráfico 4. Estructura del gasto de consumo final público y privado en salud (metodología actualizada).



Fuente: INEC, CSS 2007-2019.

En el gráfico 4 observamos que, durante el periodo 2007-2019 el gasto de consumo final en salud del gobierno general se ha incrementado desde 38,3% en 2007 hasta 57,0% en 2019. Este cambio estructural puede explicarse en gran medida por el aumento en la cobertura de beneficiarios de la seguridad social, el crecimiento del gasto asociado a las derivaciones de pacientes de la red pública a la privada y en general el mayor gasto del gobierno en salud durante el periodo. Este proceso se aceleró durante el periodo 2007-2014, mientras en los años subsiguientes 2015-2019, la estructura de participación público – privado tiende a estabilizarse.

Gráfico 5. Estructura del gasto de consumo final público y privado en salud (metodología anterior).



Fuente: INEC, CSS 2007-2014.

Por otro lado, los resultados de la metodología anterior (gráfico 5), muestran al gasto de consumo final privado con una participación del 59%, frente a una participación del sector público del 41% en el año 2014.

Comparativamente, se evidencia un cambio relevante en la composición del gasto entre los sectores público y privado. Lo cual obedece como se ha señalado, a la incorporación del gasto de las derivaciones de pacientes desde las instituciones de salud de la Red Pública Integral de Salud hacia la Red Privada Complementaria, al aumento de beneficiarios de la seguridad social y al aumento general del gasto en salud del gobierno general.

4.2.2. Comparativo del gasto de bolsillo de los hogares en salud (GBS). Periodo 2007-2019

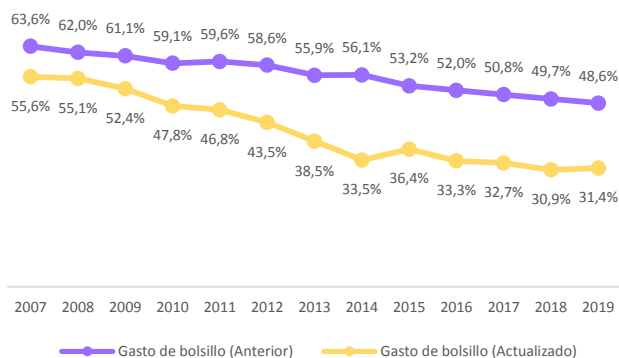
El nuevo cálculo del porcentaje del gasto de bolsillo en salud considera solamente los gastos de los hogares en bienes y servicios finales e





individuales de salud, excluyendo por lo tanto los gastos en servicios colectivos y gastos en seguros y medicina prepagada. Estas modificaciones, y especialmente la incorporación de las derivaciones como parte del gasto público, provocan una actualización importante en el nivel de este indicador (gráfico 6). En 2007, el gasto de bolsillo de los hogares actualizado se estima en un 55.6%, inferior a la estimación con la metodología anterior, que fue del 63.6%; además, muestra una tendencia decreciente más acentuada a través del tiempo, consistente con el mayor gasto público observado en gráfico 4.

Gráfico 6. Estructura del gasto de bolsillo de los hogares en salud.

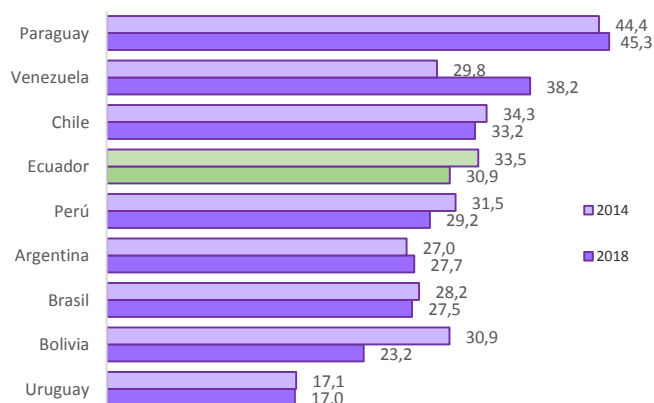


Nota: Gasto de bolsillo (anteriores) 2015-2019 corresponden a proyecciones del MSP.

Fuente: INEC, CSS 2007-2019

En función de los nuevos resultados, es posible observar un indicador de 31.4% en el 2019, el cual refleja con mayor precisión la composición del gasto y la participación del Estado para sostener la cobertura de la salud pública. La mejor medición de este indicador favorece la formulación y evaluación de políticas públicas en el sector de la salud, considerando que en el país la salud es un derecho constitucional de carácter gratuito y de acceso universal.

Gráfico 7. Comparativo del gasto de bolsillo en América Latina.



Fuente: Banco Mundial, INEC, CSS 2007-2019

El gráfico 7, muestra los resultados obtenidos por la nueva medición del GBS de Ecuador, con respecto a otros países de América Latina. Estos resultados, muestran que el indicador GBS actualizado presenta niveles más razonables y comparables en el contexto de la región.

4.3. Producción según industrias y unidades institucionales de las actividades de hospitales públicos y privados. año 2014, (miles de dólares)

En la tabla 3, se observa como la actualización de nomenclaturas en industrias e instituciones, permiten desagregar de manera más detallada ciertos indicadores económicos como el valor de la producción. En este caso, muestra los resultados para la industria de actividades de hospitales públicos y privados.

También se observa, por ejemplo, en la industria de actividades hospitalarias privadas una desagregación según tres unidades institucionales: hospitales básicos y generales, hospitales de salud mental y adicciones, y hospitales de especialidades y especializados; en el año 2014, la producción de estas tres unidades institucionales alcanzó 288.621, 9.847 y 625.338 miles de dólares respectivamente. Así mismo, su participación en toda la industria hospitalaria estuvo representada de un 10,3%, 0,4% y 22,3% respectivamente.





Tabla 3. Producción según industrias de actividades de hospitales y unidades institucionales (nomenclatura actualizada).

Industria	Unidad institucional	2014	Estructura
		(miles USD)	
Actividades de hospitales privados	Hospitales básicos y generales	288.621	10,3%
	Hospitales de salud mental y adicciones	9.847	0,4%
	Hospitales de especialidades y especializados	625.338	22,3%
Actividades de hospitales públicos (MSP)	Hospitales básicos y generales	618.048	22,0%
	Hospitales de salud mental y adicciones	5.717	0,2%
	Hospitales de especialidades y especializados	358.689	12,8%
Actividades de hospitales públicos (IESS)	Hospitales básicos y generales	367.874	13,1%
	Hospitales de especialidades y especializados	416.968	14,8%
Actividades de hospitales públicos (Otros hospitales públicos)*	Hospitales básicos y generales	41.832	1,5%
	Hospitales de especialidades y especializados	76.106	2,7%
Total		2.809.040	100%

*Otros hospitales públicos comprenden: Hospitales de la Policía Nacional, Fuerzas Armadas y Gobierno local.
Fuente: INEC, CSS 2007-2019

La industria de actividades de hospitales públicos (MSP), se desagrega en hospitales básicos y generales, hospitales de salud mental y adicciones, y hospitales de especialidades y especializados; en 2014 se presenta una producción de 618.048, 5.717, y 358.689 miles de dólares respectivamente. Su participación con respecto a la industria represento el 22,0%, 0,2% y 12,8% respectivamente. Esta desagregación se tiene además para los hospitales del IESS y de otras entidades del sector público.

Tabla 4. Producción según industrias de actividades de hospitales (nomenclatura anterior).

Descripción industria	2014 (miles USD)	Estructura
Actividades de hospitales privado	841.332	29,8%
Actividades de hospitales público	1.985.527	70,2%
Total	2.826.859	100,0%

Fuente: INEC, CSS 2007-2019

Por otro lado (tabla 4), al tomar en cuenta la anterior nomenclatura se puede evidenciar que la industria de actividades de hospitales solo se desagrega en hospitales privados y públicos: en 2014 la industria de hospitales privados tuvo una producción de 841.332 miles de dólares con una participación del 29,8%, y, por otro lado, las actividades de hospitales públicos generaron una producción valorada en 1.985.527 miles de dólares con una participación del 70,2%.

4.4. Producción según industrias de actividades de hospitales y productos de la salud. año 2014, (miles de dólares)

Los resultados de la actualización de nomenclaturas en industrias (actividades) y su relación con los productos (servicios) de la salud, se muestra en la tabla 5. Se evidencia que la industria de actividades de hospitales privados se desagrega en servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales, servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades, servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas, y servicios odontológicos en hospitales y clínicas. En esta industria, y para el año 2014, el producto más representativo fue el de servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades, con una producción de 539.106 miles de dólares.

Así mismo, dentro del sector público, las actividades de hospitales públicos (IESS) se clasifican por los servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales, servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades, servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas, y servicios odontológicos en hospitales y clínicas. Los servicios con mayor participación fueron los ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas, con una producción de 391.502 miles de dólares en el 2014. Esta desagregación se tiene además para los hospitales del MSP y de otras entidades del sector público.



Tabla 5. Producción de industrias de actividades de hospitales privados y públicos según productos de la salud (nomenclatura actualizada).

Industria	Producto	2014 (miles USD)	%
Actividades de hospitales privados	Servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales	198.341	7,1%
	Servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades	539.106	19,2%
	Servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas	182.322	6,5%
	Servicios odontológicos en hospitales y clínicas	4.037	0,1%
Actividades de hospitales públicos (MSP)	Servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales	465.312	16,6%
	Servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades	265.224	9,4%
	Servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas	248.452	8,8%
	Servicios odontológicos en hospitales y clínicas	3.466	0,1%
Actividades de hospitales públicos (IESS)	Servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales	151.916	5,4%
	Servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades	235.525	8,4%
	Servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas	391.502	13,9%
	Servicios odontológicos en hospitales y clínicas	5.899	0,2%
Actividades de hospitales públicos (otros sector público)*	Servicios con internación en hospitales y clínicas básicas y generales	17.215	0,6%
	Servicios con internación en hospitales y clínicas especializados y de especialidades	41.751	1,5%
	Servicios ambulatorios generales y especializados en hospitales y clínicas	58.021	2,1%
	Servicios odontológicos en hospitales y clínicas	951	0,0%
Total		2.809.040	100,0%

* Otros hospitales del sector público comprende: Hospitales de la Policía Nacional, Fuerzas Armadas y Gobierno Local.

Fuente: INEC, CSS 2007-2019.

Por otro lado (tabla 6), al revisar los resultados obtenidos con la nomenclatura anterior, se puede evidenciar, que dentro de toda la industria de actividades de hospitales solo se disponía de la desagregación de industrias de

actividades de hospitales privados y público y su relación con un solo producto relacionado a cada industria.

Tabla 6. Producción de industrias de actividades de hospitales privados y públicos según productos de la salud (nomenclatura anterior).

Industria	Producto	2014 (miles USD)	%
Actividades de hospitales privado	Servicios hospitalarios privado	841.332	29,8%
Actividades de hospitales público	Servicios hospitalarios público	1.985.527	70,2%
	Total	2.826.859	100,0%

Fuente: INEC, CSS 2007-2019

Es evidente que la aplicación de la nueva desagregación de las nomenclaturas de las industrias (actividades) y su relación con los productos (servicios) genera información con mayor detalle y correspondencia con la realidad de la producción de servicios dentro de cada institución de la salud, además de reflejar una mejor estructura conforme a los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

La aplicación de las mejoras metodológicas en la actualización del cálculo de gasto de bolsillo, la homologación de la clasificación de instituciones según los niveles de atención del SNS, la desagregación de los productos de salud que prestan las instituciones públicas y privadas, muestran resultados económicos e indicadores con mayor precisión y detalle, haciendo de las CSS una herramienta estadística valiosa para la evaluación de políticas y toma de decisiones en el ámbito de la salud.

5. Bibliografía

- INEC. (2012). Clasificación Nacional Central de Productos. CCP Ver. 2.0. Unidad de Análisis de Síntesis. Quito, Ecuador. Obtenido de <https://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CPC%202.0.pdf>
- INEC. (2012). Clasificación Nacional de Actividades Económicas. CIU Rev. 4.0.



Unidad de Análisis de Síntesis. Quito, Ecuador. Obtenido de <https://aplicaciones2.ecuadorencifras.gob.ec/SIN/metodologias/CIIU%204.0.pd>

- INEC. (2014). Actividades y recursos de la salud. Quito, Ecuador. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
- Lequiller, F., & Blades, D. (2014). Understanding National Accounts: Second edition. OECD Publishing. Obtenido de <https://www.oecd.org/std/UNA-2014.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Portal Geosalud 3.7.6. Ecuador. Obtenido de <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. Ecuador. Obtenido de <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/registro-oficial/item/13201-registro-oficial-no-248>
- NN. UU, OECD, BM, FMI, & CE. (2009). Sistema de Cuentas Nacionales 2008. Chile: CEPAL. Obtenido de <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008Spanish.pd>
- OECD, Eurostat and World Health Organization. (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. París: OECD Publishing. Obtenido de <http://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Guía del productor de cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios. Ginebra. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43363>





INEC | Buenas cifras,
mejores vidas



@ecuadorencifras



@ecuadorencifras



@InecEcuador



t.me/euadorencifras



INEC/Ecuador



INECEcuador



INEC Ecuador