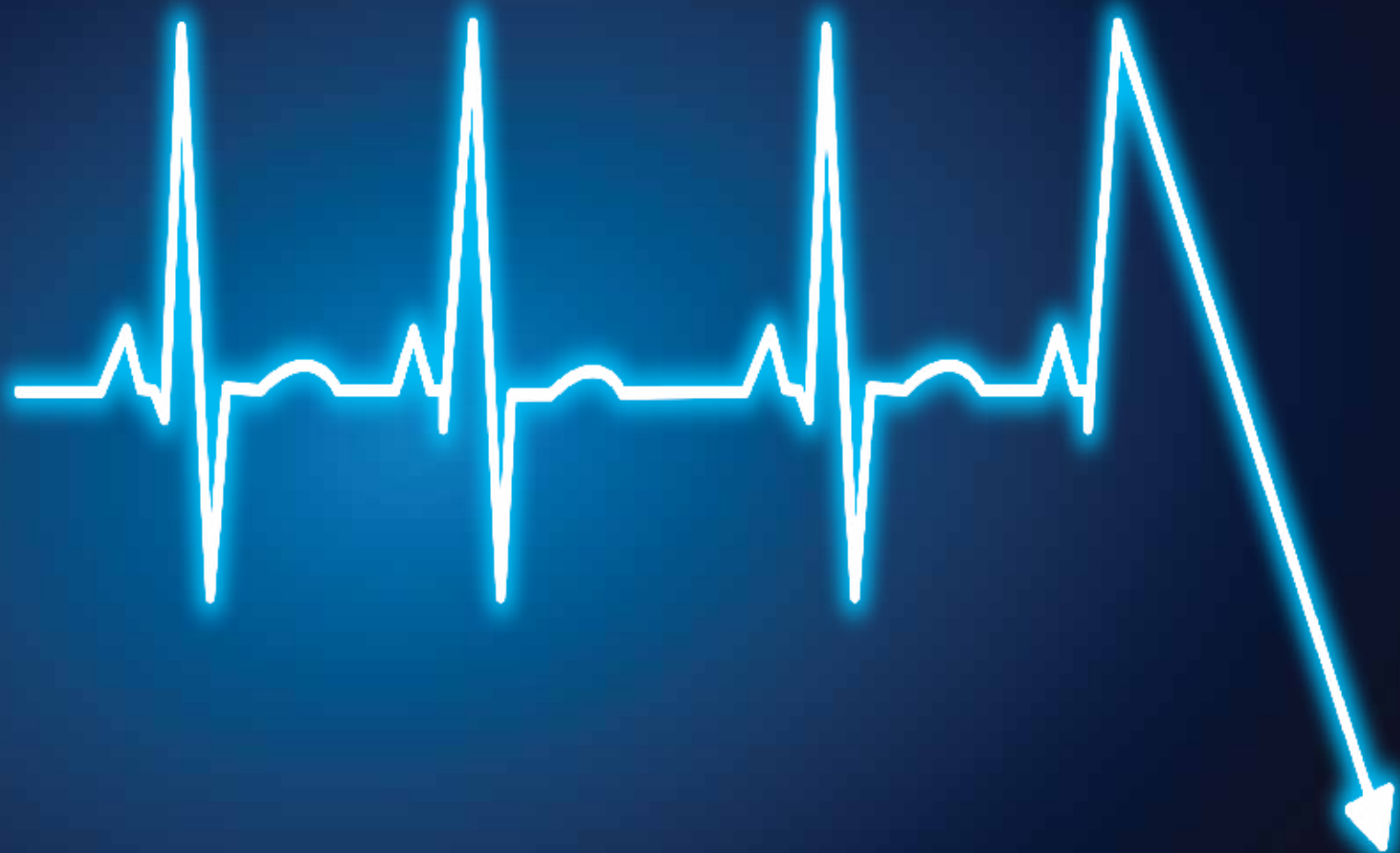




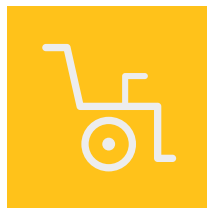
Privatización de la salud en Ecuador

Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados.

Pablo José Iturralde

Privatización de la salud en Ecuador

Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados.



Pablo José Iturralde

**PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN ECUADOR
ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN PÚBLICA CON
CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS**

Autor:

Pablo José Iturralde

Edición:

Juan Cuvi

Imprenta:

Arcoiris Producción Gráfica

Quito, 2015

Primera impresión: 1000 ejemplares

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud

Toledo N24-660 y Coruña, Teléfonos: 22 22 880 / 29 00 318 (Quito)

Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Teléfonos: 28 33 031 / 28 45 845 (Cuenca)

Centro de Derechos Económicos y Sociales - CDES

Portete E12-79 y Abascal, Teléfonos: 227 3533 / 227 3533 (Quito)

Se agradece los comentarios y contribuciones a este informe realizados por Edison Aguilar, Juan Cuvi, Érika Arteaga, Pablo Fidel Iturralde, César Cárdenas, Ninfa León, Marcelo Yépez y Alberto Narváez.

► Contenido

1. Descripción de la estructura de salud del Ecuador	7
2. Gasto y privatización de la salud	9
3. Consolidación de la monopolización de la salud	17
4. Conclusiones	30
5. Anexos	35
6. Índice de tablas y gráficas	42





Privatización de la salud en Ecuador

Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados.

En esta investigación proponemos determinar si el actual modelo de gestión de salud implica la privatización del sistema de salud del Ecuador y si este implica concentración y centralización de capital en la compleja interacción entre Estado y mercado. Queremos contribuir en el análisis de las políticas públicas de salud y su susceptibilidad frente a las dinámicas de los grupos económicos que gravitan en la órbita del mercado de los servicios médicos.

Esto involucra a la estructura nacional de provisión de servicios de clínicas y hospitales y a su relación con las fuerzas de mercado que intervienen. Por lo tanto, conviene iniciar con la descripción de los flujos de financiamiento, los roles que juegan sus agentes y los usuarios finales de los servicios, para definir quién controla el sector y en dónde descansa la concentración del excedente económico.

El debate ha girado, con justa razón, en torno a cuál es la carga del costo por servicios de salud que los hogares deben asumir del conjunto del gasto, realizado también por el sector público (en Ecuador, también realizan gastos en menor medida las instituciones privadas sin fines de lucro, los seguros privados y las instituciones financieras). El mayor porcentaje del gasto total en salud asumido por las familias, en *ceteris paribus*¹, implica en promedio que las familias reducen su salario disponible para otro tipo de consumo. Al contrario, cuando se extiende la gratuidad de la salud, las familias ahorran ese gasto y por lo tanto se incrementa su salario disponible para el acceso a otros bienes o servicios de consumo o, en su defecto, para incrementar el ahorro de los hogares. Lo mismo sucede con otras asignaciones subvencionadas (educación, materiales escolares

gratuitos, seguridad social, pensiones, etc.), que constituyen, en términos generales, ahorros para las familias. Cuando el ahorro beneficia a las familias que reciben ingresos principalmente por una retribución de su trabajo, nos referimos entonces a un incremento del *salario social*.

Por el lado de los gastos públicos, las prioridades cambiaron considerablemente, más aún si se toma en cuenta que el pago del servicio de la deuda externa dejó de ser el principal rubro del gasto, como había sido por más de dos décadas, dejando mayor espacio para los rubros de educación y salud.

Por una parte, el poder económico de ciertas élites empresariales se manifiesta en la capacidad de imponer su poder estructural, sostenido por los privilegios que implica su posición dominante en la jerarquía económica. Pero también existe un rango de empresas privilegiadas que logran beneficios económicos por medios diferentes a la opción del ejercicio del comando y control estrictamente económico. Nos referimos a la capacidad de ciertos actores privados influyentes de manipular para su propio beneficio la formulación de políticas públicas o las decisiones de los funcionarios públicos. Esto implica un espectro amplio de estrategias privadas y corporativas de intervención que pueden ir desde la presión política hasta los actos propiamente *corruptos*. Sin embargo, el análisis de los actos ilícitos con la finalidad de enriquecimiento es de difícil detección y escapa a las posibilidades y objeto de estudio de nuestra investigación. Pero no queremos dejar de hacer esta mención debido a que nos interesa marcar la diferencia con la causa de concentración de riqueza sobre la cual nos centraremos: la concentración de activos productivos que empuja procesos progresivos de monopolización de mer-

1. En economía se utiliza esta locución latina para expresar que "todas las demás variables permanecen constantes cuando se modifica la variable que interesa en el análisis".



cado, y la forma como se condiciona mutuamente en su relación con el Estado².

Ahora bien, aunque no consideremos un marco conceptual para acciones de influencia directa sobre el gobierno general, es necesario tomar en cuenta que la concentración económica favorece a grupos que constituyen centros fundamentales del poder económico y político. Si estos grupos ejercen su influencia mediante mecanismos políticos o *cuasi políticos*, legales o ilegales, escapa a esta investigación. Una economía política de las reformas institucionales debe considerar no solamente los niveles de influencia por vía de los mecanismos ilegales, sino el grado de consolidación de los intereses de diferentes sectores en el manejo de las reglas de juego de la administración pública y el derecho jurídico.

Ambas modalidades de operación de estas élites empresariales implican amplios márgenes para conducir y dirigir el proceso de acumulación, a tal punto que en ciertos casos sus operaciones productivas o comerciales particulares son suficientes para caracterizar el proceso general de reproducción de toda una rama económica. Expresiones de los rasgos que implican su posición dominante son las altas cuotas de mercado que sostienen, el ritmo de la tasa de acumulación, la composición tecnológica, o contar con márgenes significativos de ganancias.

Se puede identificar a las élites empresariales en su articulación con ciertos grupos económicos. En la literatura académica, un grupo económico es un conjunto de empresas vinculadas por una administración, propiedad y control financiero comunes; de manera que se convierte en un actor económico relevante que en muchos casos está vinculado a una familia fundadora, que detenta la capacidad de control y toma de decisiones de las empresas afiliadas (Fierro, 1992). Estos grupos se suelen

caracterizar por elevados niveles de concentración de la propiedad y tienden a ampliarse diversificándose e integrándose en distintas actividades económicas.

Consideramos que los grupos económicos amplían la brecha de desigualdad social en tanto concentran progresivamente su participación sobre el ingreso y la riqueza. Además, los grupos económicos relacionados con paraísos fiscales pueden incurrir en elusión de impuestos. Los paraísos fiscales ayudan a las compañías a trasladar ganancias fuera de los países de origen donde generaron el nuevo valor agregado.

La coyuntura de auge económico que vivió el país desde inicios de siglo, y la estabilidad política de la que disfrutó el correísmo, posibilitaron al Estado adoptar ciertas características redistributivas del ingreso mediante políticas fiscales, que se orientaron hacia una estructura social compleja. Esta estructura ha dado paso a la construcción de un nuevo tejido social, donde el ascenso de la clase media es uno de sus rasgos característicos, pero que al mismo tiempo mantiene la polarización con los segmentos pobres de la población, la lenta disminución de la desigualdad y la marcada diferenciación entre el campo y la ciudad.

A través de sus dos principales instituciones de salud (Ministerio de Salud Pública e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), el Estado promovió la ampliación de la cobertura de salud, que tiene por objeto la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo. Estas instituciones ejecutan políticas de salud que responden a sectores sociales heterogéneos. En el caso del MSP sus políticas tienen por objeto legitimar el carácter del Estado modernizador, pretendiendo aparecer como Estado de bienestar o *buen vivir*. Hay que decir que, a pesar del gran incremento

2. En el intento de profundizar un marco conceptual para el seguimiento sistemático de los actos de corrupción, el Banco Mundial ha propiciado investigaciones que desarrollaron el concepto de *captura del Estado* para designar una clase específica de corrupción, que consiste en la influencia de empresas sobre leyes, reglamentos o normas del Estado a cambio de un pago ilícito a funcionarios públicos (Hellman, Jones y Kaufmann, 2001). Consideramos que aunque es válido el intento de conceptualizar un patrón social y político sobre la corrupción, este concepto desestima en cambio que los intereses empresariales consolidados en el Estado, en detrimento de los intereses de otros segmentos sociales, se concretan y consolidan *incluso* mediante canales legales, normados, políticos u otros que no incurrir en ninguna ilegalidad.



de la inversión en salud, su cobertura –según este estudio– es parcial y moderada, tanto en el área urbana como –y principalmente– en el área rural.

En el caso del IESS, su rol en la ampliación de la cobertura fue mayor; sus políticas tienen como función principal ofrecer servicios de salud asociados con clínicas y hospitales privados, que actúan sobre las familias trabajadoras y, por lo mismo, sirven para garantizar el ciclo más tradicional de reproducción ampliada de capital concentrada en las zonas urbanas. Esto en contraste con la atención de salud rural, que acoge a un segmento de población ubicada en áreas económicas de menor productividad y, por lo tanto, que son menos atendidas por el gasto público de salud.

Las políticas de salud estatales contribuyen a la consolidación de las funciones más sobresalientes del Estado moderno, y profundizan el carácter legitimador realizado a través del proceso redistributivo del *ingreso* (que no implica necesariamente la redistribución de la *riqueza*). De

esta manera se favorece un progresivo aumento del gasto en los servicios sociales, que tienen como objetivo ampliar el mercado de consumo interno, necesario para el proceso industrializador y para el comercio importador. Este carácter modernizante dinamiza la extensión de una red de establecimientos de salud por parte del MSP, así como una ampliación de nuevos proveedores privados de clínicas y hospitales incentivada por el IESS.

La ampliación institucional de salud es tanto pública como privada, pero ambas dependientes de los ingresos fiscales. Esto ha requerido de una mayor demanda de recursos humanos y físicos (profesionales, infraestructura, medicamentos, equipos e insumos, etc.), debido a la expansión del gasto en salud. Estos recursos se distribuyen a través de la estructura oficial a nivel provincial, cantonal y parroquial, pero no se lo hace de manera desconcentrada, generando procesos de desarrollo geográfico desigual, principalmente entre el campo y ciudad, pero también entre capitales privilegiadas y el resto del país.

1

► Descripción de la estructura de salud en el Ecuador

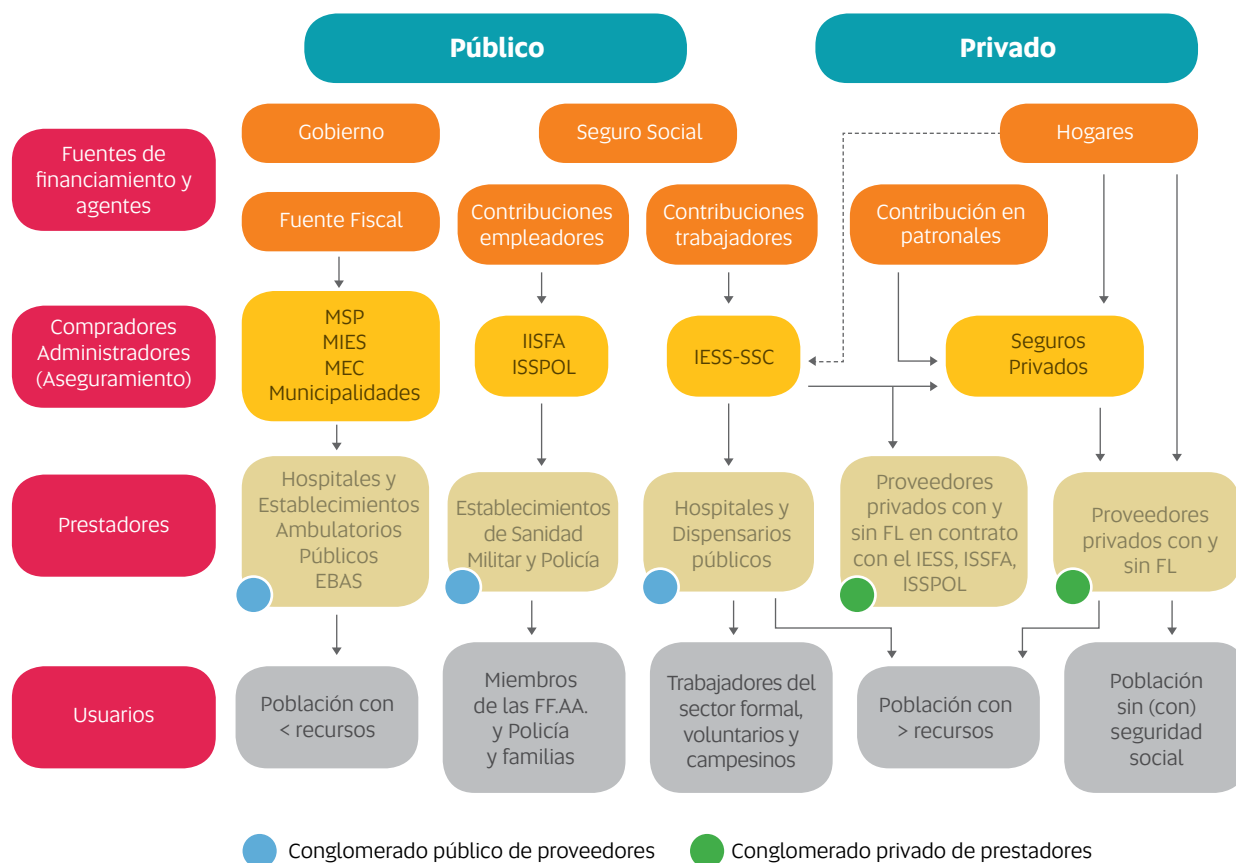
Para fines analíticos, y por la información de que disponemos, tomaremos como gasto total en salud a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, que incluye todos los gastos realizados por:

- 1) el conjunto de hogares;
- 2) el gobierno central y los gobiernos descentralizados;
- 3) el seguro social;
- 4) los seguros privados; y
- 5) las organizaciones privadas sin fines de lucro.

Sin embargo, esta cuenta de gasto en salud no considera las inversiones que fueron realizadas por el

sector empresarial privado. Por eso consideraremos un análisis separado de las inversiones de capital privado para intentar alcanzar una visión más completa sobre el crecimiento del sector salud.

Ahora bien, la demanda de salud genera gastos que son capturados por *prestadores de servicios privados o públicos* (como farmacias, clínicas, hospitales, seguros, etc.). A su vez, estos prestadores son diferentes a los *administradores* de los recursos, tal como el MSP y los seguros. Además algunos seguros, tanto públicos como privados, son intermediarios (contratan con los proveedores de servicios médicos) y al mismo tiempo son también proveedores directos, por ejemplo en el caso del propio IESS. En el siguiente diagrama podemos observar estos segmentos de los agentes que intervienen en la estructura del sistema de salud.

Diagrama 1**Estructura del sistema de salud del Ecuador en 2013****Notas:**

1. Por irrelevancia en el peso y para simplificar omitimos las fuentes externas de financiamiento.
2. Nótese que los agentes de financiamiento de seguros privados aparecen en este diagrama como administradores y las organizaciones privadas sin fines de lucro aparecen como prestadores.
3. MSP, Ministerio de Salud Pública; MIES, Ministerio de Inclusión Económica y Social; MEC, Ministerio de Educación; IESS, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; ISSFA, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; ISSPOL, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional; SSC, Seguro Social Campesino; FL, fines de lucro; EBAS, Equipos Básicos de Salud.

Fuente: elaboración propia.

En este diagrama también identificamos de manera simplificada tres conjuntos de agentes que financian el sistema de salud: 1) las familias que realizan desembolsos medidos por el llamado gasto de bolsillo de los hogares; 2) el gobierno central, que incluye al MSP, MIES y MEC, y adicionalmente los gobiernos municipales; y 3) la seguridad social, que está conformada por el IESS, ISSFA, ISSPOL y SSC.

El carácter de la estructura del sector de la salud debería estar determinado por su sistema de financiamiento. Sin embargo, el propio MSP cuenta con diferentes versiones sobre los principios rectores de la sostenibilidad económica³: en algunos casos menciona la mancomunación, en otros solamente la articulación y en otros la integración. Esto refleja las dificultades de conceptualizar la propuesta de *sistema* que se plantea desarrollar en el país.

3. Sobre la caracterización del sistema de salud del Ecuador tomamos las ideas desarrolladas por el grupo de discusión de la Plataforma por el Derecho a la Salud (2014).



Frente a esta indefinición podemos hacer comparaciones con otros sistemas, a fin de acercarnos a algunas de las características que puede compartir el caso ecuatoriano. Siguiendo un informe de la Plataforma por el Derecho a la Salud (2014), de acuerdo a la fuente del financiamiento son dos los mecanismos más tradicionales: mediante impuestos (caso de Reino Unido, Suecia, Cuba, España, Canadá, etc.); y el modelo basado en contribuciones obligatorias de los trabajadores, o modelo bismarckiano⁴ (caso de Alemania, Costa Rica, Francia, Chile, Colombia, etc.) El primer sistema nacional de salud en América Latina apareció en Chile en 1952; después en 1960, con la revolución cubana; en 1973 Costa Rica aplicó la modalidad de cobertura universal, que combina mecanismos tributarios y aportes a la seguridad social; después, en 1988, con la promulgación de la Constitución Federal del Brasil se establece

el Sistema Único de Salud, que integra financiamiento público con financiamiento de la seguridad social; en 1993 se crea en Colombia el modelo clásico por capitación y por seguros privados financiados con fondos públicos⁵; finalmente, en 2008 Uruguay pone en práctica la modalidad que utiliza el fondo nacional de salud, similar al FONASA⁶ chileno; además, este país integró todos los fondos mutuales en el llamado Sistema Nacional Integrado de Salud.

En un principio parecía que el gobierno de Rafael Correa había optado por un modelo basado en impuestos, que debía incluir la transferencia de la infraestructura del MSP al IESS. Pero en la práctica la política pública ha fomentado mayores contribuciones de los afiliados, y una transferencia del tratamiento a los prestadores privados de salud, como veremos a continuación.

2

► Gasto y privatización de la salud

Desde principios de siglo, una vez terminada la profunda depresión económica de los años 90, el país experimenta un sostenido crecimiento del sector salud, junto con el fortalecimiento de su sistema de instituciones ligadas a mecanismos de mercado, de los cuales depende. El conjunto de erogaciones en el sector, tanto privadas como públicas, adquirieron mayor importancia social, y particularmente económica, en un proceso condicionado por la suerte de las fuerzas que ejercen presión sobre el mercado interno, cuyos resultados —para este caso— se expresaron en la mayor cobertura de servicios médicos.

También el ciclo de recuperación económica abrió nuevos márgenes de maniobra para la orientación de políticas públicas que, entre otras cosas,

lograron cambiar el rol de los diferentes agentes implicados en el flujo de financiamiento del sistema de salud y sus canales de apropiación del excedente económico. Este proceso se dio bajo el dominio de ciertos grupos privilegiados dentro de la estructura del sector.

El gasto en salud, tanto público como privado, aumentó considerablemente después del año 2000: en valores nominales inició con USD 734 millones en 1995, en el 2000 había disminuido hasta USD 613 millones (como resultado de la crisis), después empieza un ascenso ininterrumpido hasta alcanzar USD 2 298 millones en 2006 y USD 6 760 millones en el 2013. Este crecimiento se desarrolló acompañado de la expansión general de la economía, es decir, creció en términos abso-

4. Llamado así en honor a Otto von Bismarck, considerado como el diseñador del primer sistema de seguridad social en el mundo, aplicado en Alemania a inicios del siglo XX.

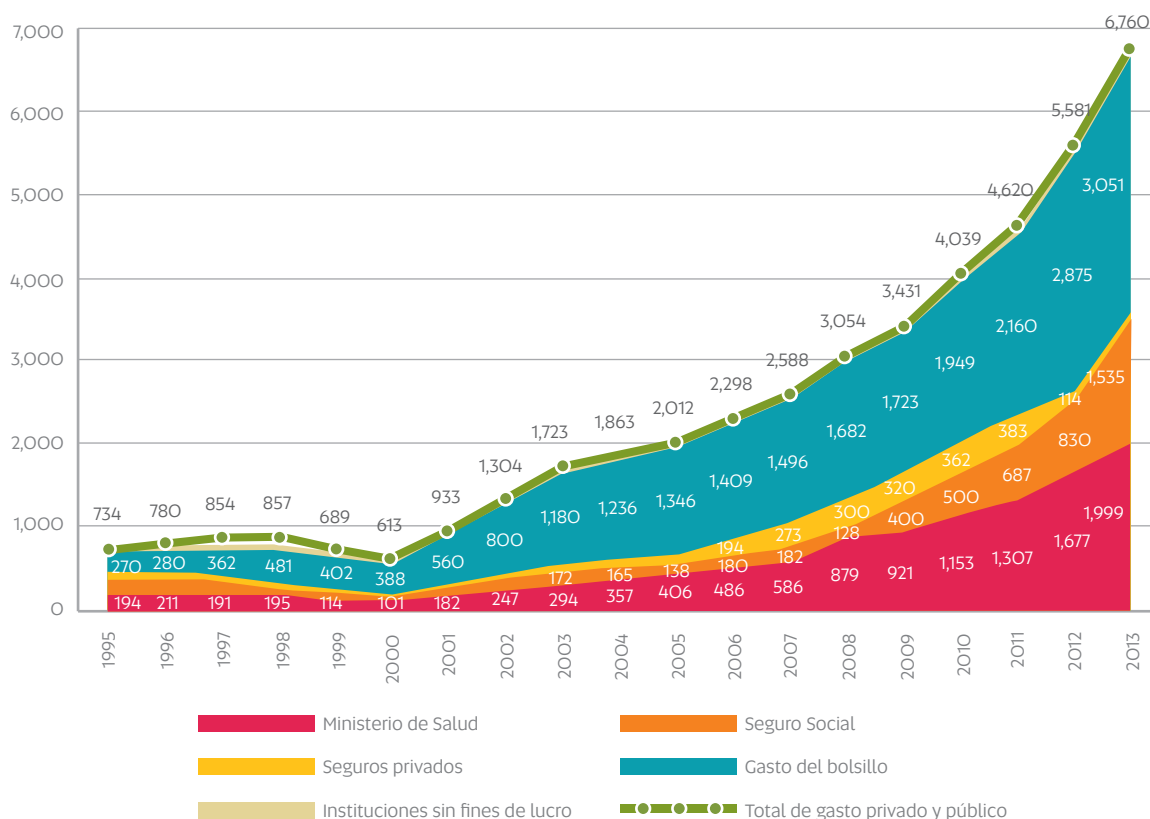
5. Los aseguradores de salud se convierten en importantes intermediarios financieros. Constituye un mecanismo mediante el cual se transfiere a la intermediación financiera los servicios sociales de salud que tradicionalmente ofrece el Estado.

6. Siglas de Fondo Nacional de Salud.

lutos junto con la mayoría de otras ramas económicas del PIB. Pero, y es indispensable destacarlo, el sector también creció en términos relativos, escalonando en la jerarquía de priori-

dades del destino de la renta nacional: todo el gasto en salud ascendió del 3% del PIB en 1995, al 4% en el 2000, 5% en el 2006 y finalmente 8% para el 2013⁷.

Gráfica 1
Gasto en salud por agente de financiamiento
(en millones de dólares corrientes)



Fuente: elaboración propia con datos de la OMS.

En este contexto las familias continúan asumiendo los principales desembolsos en salud: 45% del total del gasto, una participación mucho mayor que la del propio gobierno (29%) y de la seguridad social (23%). El nivel de carga de pagos en salud financiado por el bolsillo de los hogares continúa siendo elevado, incluso si lo compara-

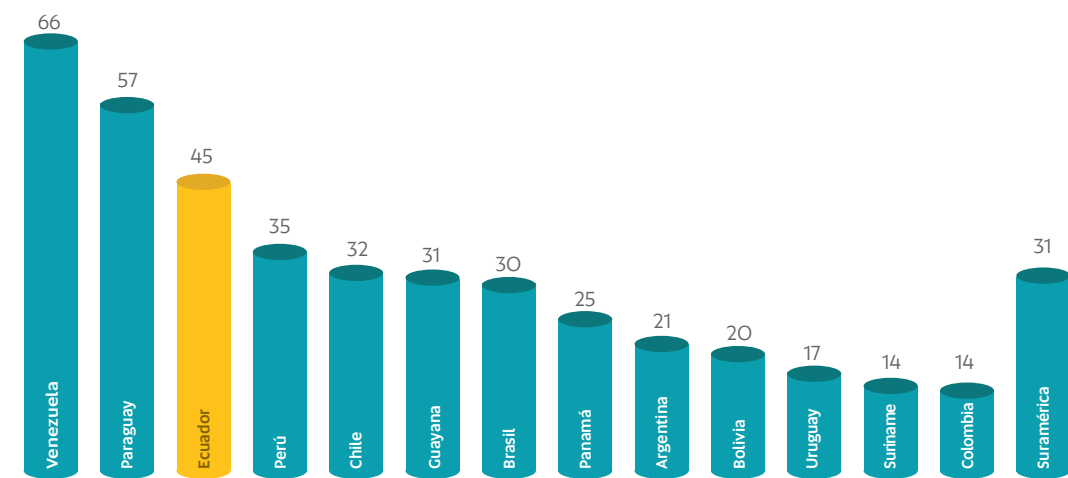
mos con otros países de la región suramericana, donde Ecuador ocupa el tercer lugar en cargo del pago a las familias, solamente superado por Paraguay (57%) y Venezuela (66%); mientras que los países con menores cargas al bolsillo familiar son Colombia y Surinam (14%), Uruguay (17%), Bolivia (20%) y Argentina (21%).

7. El análisis del gasto en salud se desarrollará en base a la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, a menos que se indique lo contrario; para actualizaciones consultar <http://apps.who.int/nha/database> (OMS, 2015).



Gráfica 2

Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud en 2013



Fuente: elaboración propia con datos de la OMS.

Cabe señalar que la característica más distintiva durante el gobierno de Rafael Correa ha sido el protagonismo que adquirió el IESS, principal factor para explicar el crecimiento del gasto en salud. En valores reales, este gasto había crecido 92% desde el 2007 hasta el 2013; de ese incremento el 37% fue gracias a la contribución del IESS, mientras que el MSP contribuyó con el 34%, en tanto la con-

tribución del gasto de bolsillo de los hogares fue del 29%. Por su parte, las instituciones sin fines de lucro realizaron gastos marginales, y los seguros privados decrecieron 8%, marcando un cambio de rumbo en comparación con la primera mitad de la primera década del siglo XXI, donde la seguridad privada de salud contribuyó protagónicamente al crecimiento del sector con 13 puntos.

Tabla 1

Agentes de financiamiento del sistema nacional de salud

(contribuciones al crecimiento del gasto en salud en millones de dólares de 2005)

Agentes de financiamiento	Recesión económica/1			Período de recuperación			Gobierno Rafael Correa		
	1995	1999	Contribución al crecimiento	2000	2006	Contribución al crecimiento	2007	2013	Contribución al crecimiento
Ministerio de Salud	246	188	-6%	181	450	25%	509	1.277	34%
Seguro Social	222	163	-6%	103	167	6%	158	980	37%
Seguros privados	66	43	-3%	39	180	13%	237	54	-8%
Gasto de bolsillo	343	664	34%	694	1.304	56%	1.299	1.948	29%
Instituciones sin fines de lucro	54	78	3%	79	27	-5%	44	57	1%
Crecimiento de todo el gasto en salud	933	1.136	22%	1.095	2.128	94%	2.247	4.317	92%

1. Nótese que este período de comparación es de cinco años, a diferencia de los siete años comparados en el "período de recuperación" y en el "gobierno de Rafael Correa". Los hacemos de esta manera debido a la falta de información para años anteriores a 1995, y creemos que es suficiente para interpretar el sentido de estos datos.

Fuente: elaboración propia en base a información de la Organización Mundial de la Salud.



Aquí es necesario puntualizar un matiz sobre el rol del gasto de las familias: aunque fueron las que más gastaron, la tendencia en el último período de gobierno indica que sus egresos crecen menos rápido que los realizados por el MSP y muchísimo menos que los de la seguridad social gracias al enorme crecimiento del gasto efectuado por el IESS, principalmente a través de la proliferación de contratos de prestación de servicios con clínicas y hospitales privados.

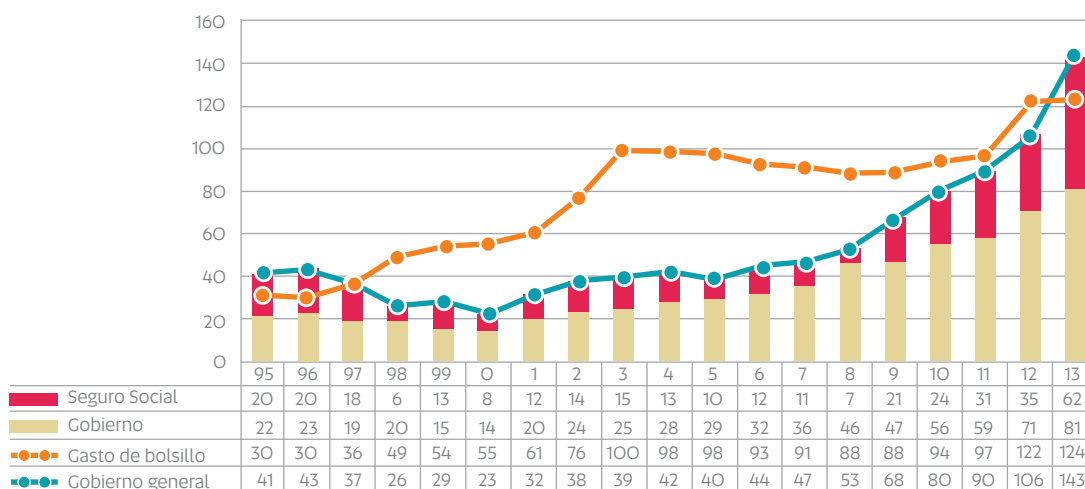
Tendencialmente, el IESS es la entidad cuyo gasto crece más, sobre todo como resultado de las políticas de extensión de la afiliación laboral tanto entre los trabajadores como a sus familias⁸. Gracias a estas medidas los hogares redujeron su participación en el gasto, pero –como hemos visto–,

aunque hubo avances importantes, todavía dista mucho de reducir su carga respecto del promedio regional⁹.

Así mismo, en valores constantes, el IESS pasó de un gasto *per cápita* de USD 11 en 2007 a USD 62 en 2013¹⁰. Este mismo rubro también aumentó en el gasto del gobierno, donde pasó de USD 36 a USD 81. En el 2013 el gasto en salud *per cápita* de todo el sector público¹¹ fue de USD 143, rebasando el gasto de bolsillo de los hogares, que se ubicó en USD 124. Sin embargo, entre los trece países sudamericanos, Ecuador se encuentra en el octavo puesto de gasto en salud del sector público *per cápita*, es decir por debajo del promedio de USD 213 de la región (ver anexo Tabla 8: Gasto del sector público por país en Sudamérica, años 1995 a 2013).

Gráfica 3

Gasto en salud per cápita por agente de financiamiento, años 1995 a 2013
(en millones de dólares constantes de 2005)



Fuente: elaboración propia con datos de la OMS, 2014.

- A partir de 2010 se aceleraron las contribuciones al IESS: en 2014 ascendieron a alrededor de USD 4 700 millones (BCE, 2015). Un análisis detallado de la cobertura del IESS debería también considerar los afiliados cotizantes, los pensionistas del sistema, los beneficiarios familiares de los pensionistas y la distribución de todos estos entre el IESS y el Seguro Social Campesino (por lo pronto dejamos este análisis para otro momento).
- A principios de 2015, frente a la decisión gubernamental de no reconocer un pago exigido por el IESS de USD 1 700 millones para atención médica de trabajadores del seguro y el pago de otro subsidio del 40% de las pensiones de los jubilados, en medio de una polémica, el presidente Correa respondió a los críticos de esa decisión que “esa supuesta deuda es producto de una ley que quería cargarle al Gobierno las enfermedades catastróficas de los afiliados, **con el fin de privatizar la seguridad social**, es decir que los negocios privados se lleven la troncha y el hueso dejárselo al Estado”. (El Ciudadano, 2015. El resaltado es nuestro). Más allá de la polémica sobre si existe o no deuda del gobierno central con el IESS, nos ha parecido interesante esta cita, pues consideramos que expresa correctamente que los recursos destinados por el seguro social a los prestadores de servicios privados sí implica la privatización del seguro social (en palabras del propio Presidente). En cambio, en nada cambiaría la situación si el gobierno paga a los prestadores privados con fondos del MSP. Más que el cambio del contratante, la lógica privatizadora de transferencia de recursos públicos a capitales privados seguiría intacta.
- Lamentablemente, los indicadores disponibles no desagregan las erogaciones específicas en gastos hospitalarios. Tomaremos el gasto en salud como un acercamiento.
- Dentro del gasto del sector público se incluye al gasto realizado por el IESS y el MSP.

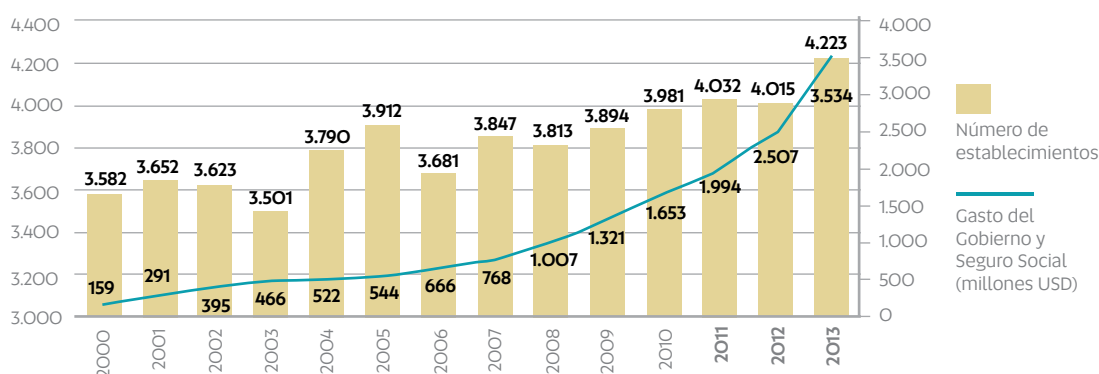


Esta ampliación del gasto se tradujo también en la expansión del mercado de clínicas y hospitales, que impulsó el apareamiento de nuevos establecimientos de salud. En la siguiente gráfica se observa la creación de nuevos operadores que van a la par

del movimiento ascendente del gasto del gobierno central. Durante el período 2007-2013 se evidenció un *boom* de 367 nuevos establecimientos de salud; anteriormente, en el mismo período de tiempo se generaron apenas 99 nuevos establecimientos.

Gráfica 4

Relación entre el gasto en salud del MSP y del IESS y el número de establecimientos de salud
(en millones de dólares corrientes)



Fuente: elaboración propia con datos del Anuario de Estadísticas de Salud 2014 presentado por el INEC, y datos de la OMS para 2014.

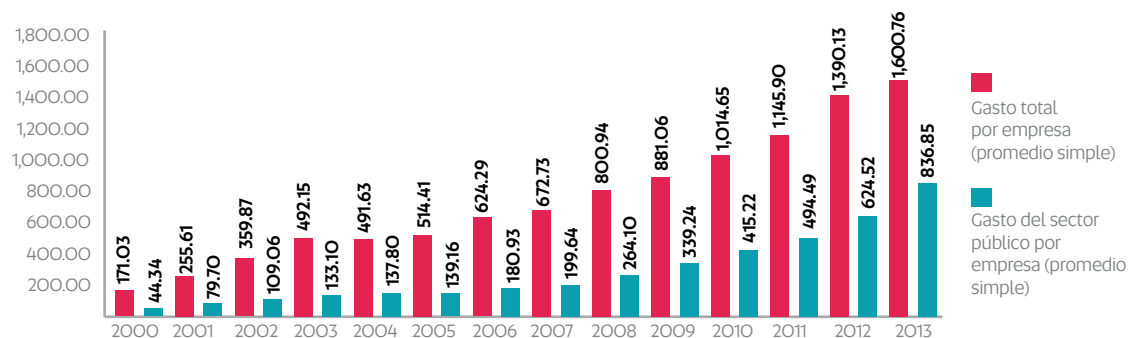
13

También se observa que el gasto en salud creció más rápido que la oferta de establecimientos. Esto significa que, en promedio, los establecimientos de salud recibieron progresivamente mayores recursos. Si suponemos que cada establecimiento hubiera captado el gasto por igual, a cada uno le habrían correspondido USD 584 mil al año en el 2007, y este valor se hubiera incrementado a USD 1 022 mil para el 2013 (en valores constantes del 2005). Que cada

establecimiento reciba por igual un millón de dólares es una suposición irreal, pero este es un dato indicativo del incremento del gasto por establecimiento, aunque evidentemente cada clínica u hospital no capturó el mismo monto del gasto y menos cuando existe un alto acaparamiento del ingreso en manos de prestadores privados privilegiados, como veremos más adelante. Por ahora nos limitamos a ilustrar este indicador^a en la siguiente gráfica.

Gráfica 5

Gasto en total en salud y gasto del gobierno general por empresa en promedios simples, años 2000 a 2013 (en miles de dólares constantes del 2005)



Fuente: elaboración propia con datos del Anuario de Estadísticas de Salud 2014 presentado por el INEC y datos de la OMS para 2014.

Existen dos clasificaciones de establecimientos: con internación y sin internación. Derivando el análisis de los datos del INEC (2014) encontramos que el 95% de establecimientos sin internación pertenecen al sector público. En cambio, el 75% de los establecimientos con internación pertenecen al sector privado. Hay que considerar que el 90% de los establecimientos no cuentan con servicios de internación. Por otra parte, la tendencia indica que en nueve años el sector público creó 372 nuevos establecimientos sin internación, pero solamente tuvo la capacidad de generar seis nuevos establecimientos con internación.

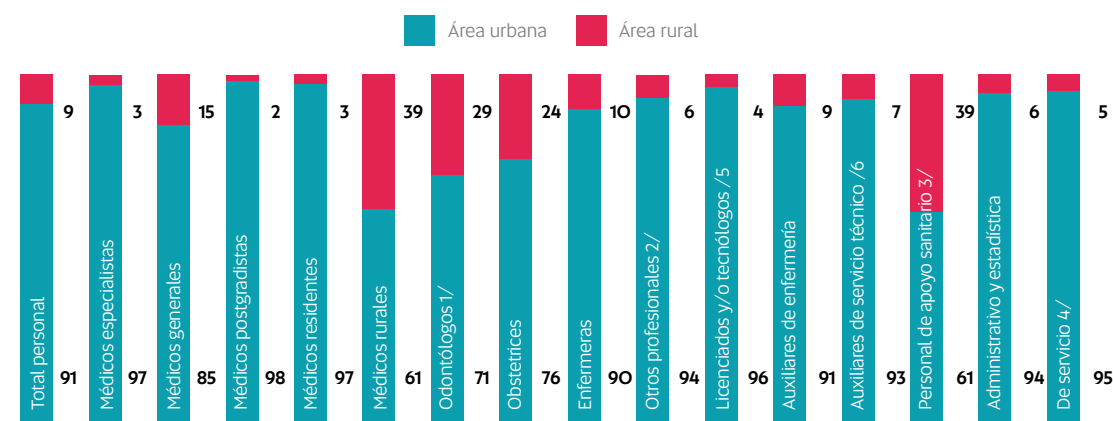
El agente que definitivamente perdió a pesar del gran incremento de su gasto fue el IESS; no creció y, al contrario, perdió nueve establecimientos. Esto podría indicar que los gastos en salud del IESS se están orientando en su mayoría al pago del sector privado, en detrimento de ampliar la

capacidad instalada propia. Así, mientras el IESS pierde unidades propias, crecen los contratos que firma con prestadores privados externos, pasando de 27 en el 2008 a 345 en el 2012 (IESS, 2013), es decir un crecimiento mayor al mil por ciento en solo cuatro años,

Una de las mayores deudas en cuanto a la universalización de la salud¹² es la distribución espacial desigual entre áreas urbanas y rurales. Observando la distribución del personal que trabaja en establecimientos de salud, tenemos que 91% está centralizado en las urbes. Este indicador empeoraría si descartamos el personal de médicos rurales, residentes o tecnólogos, pues a la población rural se le asigna sobre todo personal de apoyo sanitario, mientras el personal de mayor especialización se encuentra en las áreas urbanas. Para un mejor análisis podemos observar la gráfica a continuación.

Gráfica 6

Personal que trabaja en establecimientos de salud según área urbana y rural, año 2013
(porcentaje del total)



Fuente: elaboración propia con datos de la OMS, 2014.

Notas:

1. Incluye odontólogos generales, especialistas y rurales.
2. Incluye bioquímicos, químico-farmacéuticos, nutricionistas, psicólogos, educadores para la salud, ingenieros sanitarios, trabajadores sociales, ingenieros ambientales y otros (psicólogos industriales, relacionadores públicos, etc.).
3. Incluye inspectores sanitarios, empleados sanitarios y promotores de la salud en la comunidad.
4. Incluye personal de alimentación y dietética, de lavandería, ropería y costura, de limpieza, conserjes, choferes y guardias, personal de mantenimiento, camilleros y otros.
5. Incluye mecánicos dentales.
6. Incluye otros auxiliares, asistentes dentales, auxiliares de odontología.

Fuente: elaboración propia con datos del Anuario de Estadísticas de Salud 2014 presentado por el INEC.

12. En este texto estamos demostrando que se ha incrementado la *cobertura*, lo cual no implica necesariamente el incremento en el mismo grado del acceso de la población a la satisfacción de sus necesidades de salud.



Es pertinente preguntarse si para cerrar la brecha cualitativa del gasto social, además de la calidad de la inversión es suficiente este aumento absoluto en salud, originado en el conglomerado de prestadores públicos. Los criterios de evaluación deberían girar fundamentalmente alrededor de la satisfacción del acceso a la salud. En este sentido, diversas investigaciones advierten que hacen falta mayores recursos financieros para cubrir todas las necesidades (León, 2012). ¿De dónde obtener más dinero? Las inversiones de capital en infraestructura y equipos están condicionadas a las fluctuaciones de los ingresos no permanentes, conseguidos básicamente de los ingresos petroleros o mediante endeudamiento. Así también, los impuestos y las contribuciones del IESS pueden eventualmente financiar la formación de capital bruto, pero esos recursos son los únicos que pueden cancelar los gastos constantes que incluyen, por ejemplo, el pago de personal.

Para garantizar la responsabilidad del Estado en la priorización del sector salud, la Constitución, en su vigesimosegunda transitoria, dispuso lo siguiente:

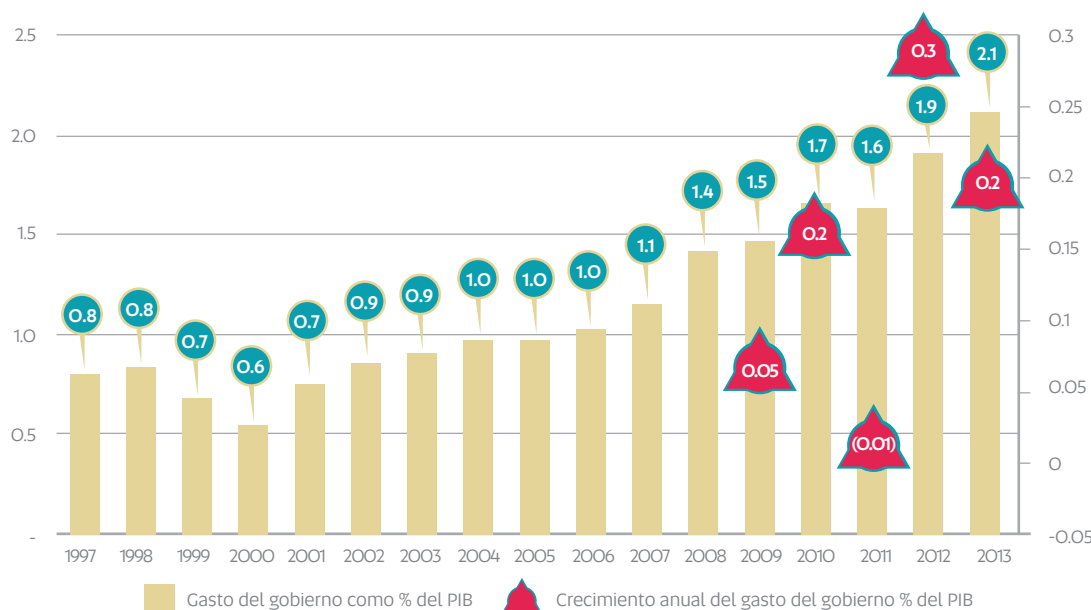
El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento.

Revisando la evolución del presupuesto general del Estado podemos determinar contundentemente que no se alcanzó la meta establecida en la Constitución. En el año 2013 se debía alcanzar la meta, pero solamente se logró el 2,1% del PIB. Y desde el 2008 en adelante, durante ningún año se registró un aumento anual en salud equivalente al cero punto cinco por ciento. Incluso durante el año 2011 el gran crecimiento económico de ese año no se reflejó en el presupuesto en salud, lo que generó un decrecimiento de -0,01%. Esto se puede observar en la siguiente gráfica.

Gráfica 7

Gasto en salud del gobierno como % del PIB

(porcentaje calculado sobre millones de dólares corrientes)



Fuente: elaboración propia con datos de la OMS y el Banco Central del Ecuador.

Además, sumando el gasto del IESS se habría logrado 3.7% para el 2013. También es importante anotar que incluso agrupando ambos gastos no se cumplió el camino trazado para el crecimiento porcentual anual establecido constitucionalmente: en 2010 se incrementó escasamente el 0.3%, 0.1% en 2011 y 0.3% en 2012 (ver anexo Gráfica 16: Presupuesto del gobierno central en salud).

También se puede observar un cambio en las prioridades de inversión del presupuesto general del Estado. La salud perdió atención frente a la construcción de carreteras, hidroeléctricas, educación y desarrollo urbano y vivienda. Por lo tanto, aunque el crecimiento absoluto en salud es notable, creció menos rápido que otros sectores, que también tenían mayor peso sobre el presupuesto.

Tabla 2
Estructura porcentual del gasto de inversión del PGE pagado, por sectoriales, 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sectorial comunicaciones (vialidad)	27%	45%	30%	24%	22%	26%
Sectorial recursos naturales		3%	19%	18%	20%	23%
Sectorial educación	15%	11%	9%	16%	10%	12%
Sectorial desarrollo urbano y vivienda	23%	6%	6%	5%	8%	12%
Sectorial asuntos internos		2%	2%	3%	7%	4%
Sectorial administrativos	2%	2%	9%	9%	7%	6%
Sectorial salud	8%	3%	6%	6%	7%	4%
Sectorial bienestar social	6%	8%	8%	8%	4%	3%
Sectorial defensa nacional	2%	3%	2%	2%	4%	
Sectorial agropecuario	6%	11%	4%	4%	3%	2%
Sectorial Jurisdiccional					7%	3%
Sectorial ambiente	3%					
Otros sectoriales	8%	5%	5%	5%		5%

Fuente: elaboración Gachet & Carrión (2014) en base a información de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

Por otra parte, en 2014 la Superintendencia de Compañías autorizó la inversión de 13 millones de dólares en la actividad económica de salud y asistencia social¹³. El 90% de esa inversión tuvo origen nacional, es decir USD 11 millones colocados por 112 empresas (o prestadores de servicios) del Ecuador. Mediante Inversión Extranjera Directa (IED) se colocó un millón de dólares en manos de once empresas. Casi la totalidad de la inversión se destinó al aumento de capital de las empresas ya instaladas (94%). En contraste, las nuevas constituciones y domiciliaciones no fueron muy significativas. Por último, la mitad del capital acrecentado de empresas ya existentes estuvo conformada principalmente por reinversión de utilidades¹⁴. Esto muestra que la inversión privada en salud es

nacional, aunque mantiene vínculos transnacionales mediante la integración de grupos económicos con filiales en el extranjero.

Hasta acá hemos mostrado cómo la ampliación del mercado interno implicó el crecimiento de servicios de salud que, a partir del gobierno de Correa, se potenció con el cambio de política pública gracias al uso de los recursos del IESS como la principal palanca del financiamiento expansivo de la cobertura en salud. También se ha mostrado que el IESS no incrementó sus unidades propias y, al contrario, multiplicó los contratos con prestadores privados externos. En general, el mercado de clínicas y hospitales se expandió, incentivando la aparición de nuevos establecimientos de salud.

13. La inversión privada en salud y asistencia social fue el 1% del total de USD 1 189 millones invertidos en 2014.

14. Todas las cifras de inversión indican los compromisos suscritos y no la inversión pagada. Es necesario hacer esta aclaración, aunque la diferencia entre ambos tipos de inversión fue tan solo del 4%. Aclaremos también que para ese año no se registraron inversiones de empresas extranjeras residentes en el país.



Todo este proceso se vio limitado por la concentración de los servicios en áreas urbanas y por la falta de inversión pública, que aunque amplia, no fue suficiente para cumplir con las metas trazadas. Además, se mantuvo a las familias como los agentes que cargan con la mayor parte del gasto.

Nos falta analizar cómo la ampliación de los servicios de salud afectó al conglomerado privado estructurado alrededor de grupos empresariales que llevan el control del sector.

3

► Consolidación de la monopolización de la salud

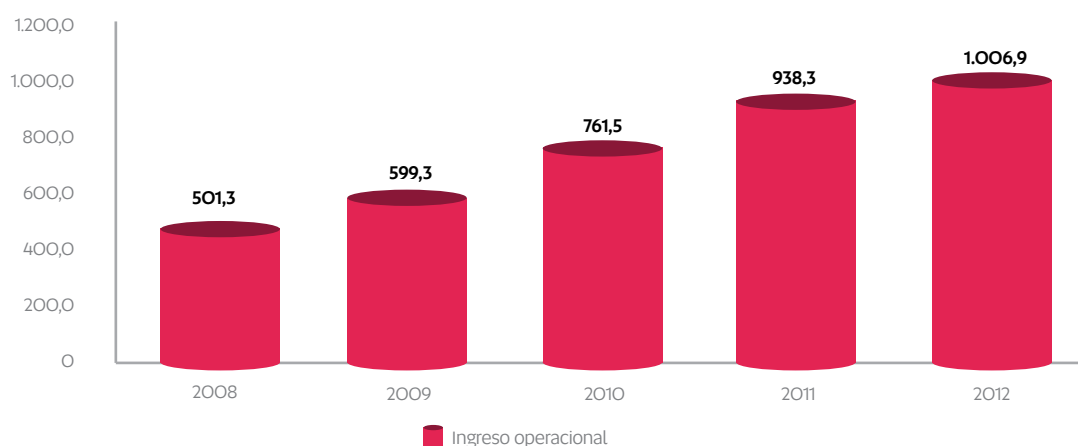
El mercado privado de clínicas y hospitales^b ha mostrado un crecimiento extraordinario durante el gobierno de Rafael Correa. Según cifras de la Superintendencia de Compañías, los ingresos del

sector ascendieron de 500 millones de dólares en 2008 a la significativa suma de 1 007 millones en 2012, tal como se aprecia en la siguiente gráfica.

Gráfica 8

Ingresos operacionales del sector privado de clínicas y hospitales

(en millones de dólares)



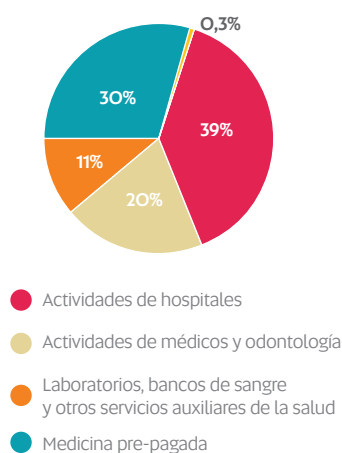
Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

Dentro del sector de clínicas y hospitales^c la actividad de mayor tamaño fue la realizada por los hospitales privados, con un crecimiento de los ingresos que ascendieron de 223 millones de dólares en 2008 a 412 millones en 2012. En el mismo período de tiempo, y con un crecimiento también extraordinario, le siguieron las actividades de medicina pre-pagada (de 175 millones a 286 millones), actividades de médicos y odontólogos (de 96 millones a 124 millones), laboratorios, bancos de sangre y otros servicios auxiliares de la salud

(de 55 millones a 113 millones), y finalmente otras actividades de salud y asistencia social, que registraron un ingreso significativamente menor (de 1,8 millones a 2 millones).

En el período 2008-2012 las actividades de hospitales representaron 39% de los ingresos del sector, la medicina pre-pagada 30%, las actividades de médicos y odontólogos 20%, los laboratorios y otros servicios auxiliares de salud 11%, y las otras actividades del sector apenas alcanzaron 0,3%.

Gráfica 9
Participación en el ingreso de las actividades del sector privado de clínicas y hospitales en el período 2008-2012



Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

En cambio, la generalidad de los resultados financieros evidencia un elevado dinamismo económico en el sector de clínicas y hospitales. Los activos del sector se duplicaron en cuatro años, con un crecimiento del 83%, mientras las utilidades experimentaron un incremento del 49%. A 2012 todo el sector de clínicas y hospitales poseían activos por USD 698 millones, y utilidades por USD 46 millones. Desde 2008 a 2012, nuevamente la medicina pre-pagada fue la que mostró un mayor crecimiento de sus operaciones: sus activos ascendieron 141%, aunque sus utilidades aumentaron solamente 9%. En el mismo período, los activos de los hospitales experimentaron un crecimiento del 73% y un crecimiento de sus utilidades del 110%; mientras los laboratorios, bancos de sangre y otros servicios de salud auxiliares incrementaron 73% sus activos y 40% sus utilidades; otro tipo de actividades y asistencia social sin alojamiento mostraron un decrecimiento del 11% de sus activos y del 233% de sus utilidades.

Tabla 3
Activo total y utilidad neta del sector privado de clínicas y hospitales

Actividades de hospitales	222,8	386,2	73%	10,7	22,6	110%
Actividades de médicos y odontólogos	64,8	119,0	84%	5,8	6,2	7%
Laboratorios, bancos de sangre y otros servicios auxiliares de salud	44,6	76,9	73%	5,3	7,4	40%
Medicina pre-pagada	47,0	113,2	141%	9,0	9,8	9%
Otras actividades y asistencia social sin alojamiento	2,4	2,2	-11%	0,05	- 0,1	-233%
Total sector clínicas y hospitales	381,6	697,5	83%	30,9	45,9	49%

Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

Si al parecer el sector de clínicas y hospitales creció aceleradamente a partir del 2008, en cambio no todas las empresas se beneficiaron por igual. Existe una élite de prestadores privados que gracias al mayor dinamismo del sector lograron profundizar la concentración y control del mercado, de la propiedad y de los ingresos. Los resultados que veremos a continuación verifican las conclusiones de otras investigaciones que determinan una mayor concentración de capital en varios sectores del sistema de salud del Ecuador (Astu-

dillo & Cadena, 2011; Iturralde, 2014; SCPM, 2014). Revisaremos específicamente los niveles de concentración en el sector de clínicas y hospitales y la actividad de medicina pre-pagada.

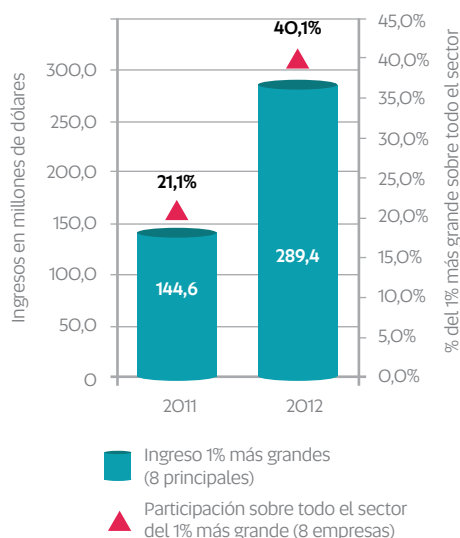
Del registro de la Superintendencia de Compañías se puede deducir que en 2012 el 1% de prestadores privados de salud concentraron el 40% de los ingresos operacionales de todo el sector de clínicas y hospitales. Esto fue mayor que en 2011, cuando habían acaparado el 21% de los ingresos. Este elevado



grado de concentración tiende a incrementarse: en 2011 la élite del sector obtuvo ingresos por 145 millones de dólares; para 2012 duplicaron estos ingresos hasta alcanzar los 289 millones.

Gráfica 10

Ocho prestadores privados concentran el ingreso en el sector de clínicas y hospitales
(en millones de dólares y porcentaje del total)



Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

La gráfica anterior involucra a ocho prestadores con los siguientes ingresos para el 2012: 60 millones el Hospital Metropolitano, 52 millones Solca, 40 millones Clínica Kennedy, 38 millones Hospital de los Valles, 32 millones Hospital Vozandes, 27 millones Clínica Alcívar, 20 millones Latinomédical y 20 millones Centro Médico Pichincha. Juntos, en el transcurso de un año, estos ocho prestadores incrementaron diez veces sus utilidades, pasando de 2,6 millones a 26 millones. Esto representó el 72% de las utilidades netas del sector. Llama la atención que tan solo Solca obtuviera utilidades por 16 millones. Se puede revisar más detalles en la tabla subsiguiente¹⁵.

Ahora tomaremos los resultados de los *principales* prestadores privados, con el propósito de evaluar si además de la *concentración* existe también *centralización*, entendida como el desplazamiento de otros proveedores por parte de capitales mayores. Primero constatamos que los principales proveedores lograron duplicar sus ingresos entre el año 2011 y el año 2014. En 2011, 45 prestadores de servicios privados de salud generaron ingresos por un monto que alcanzó alrededor de 314 millones de dólares, monto que ascendió cada año hasta alcanzar alrededor de 613 millones de dólares en 2014.

Tabla 4

Resultados de los ocho prestadores privados del sector de clínicas y hospitales
(en millones de dólares y porcentaje del total)

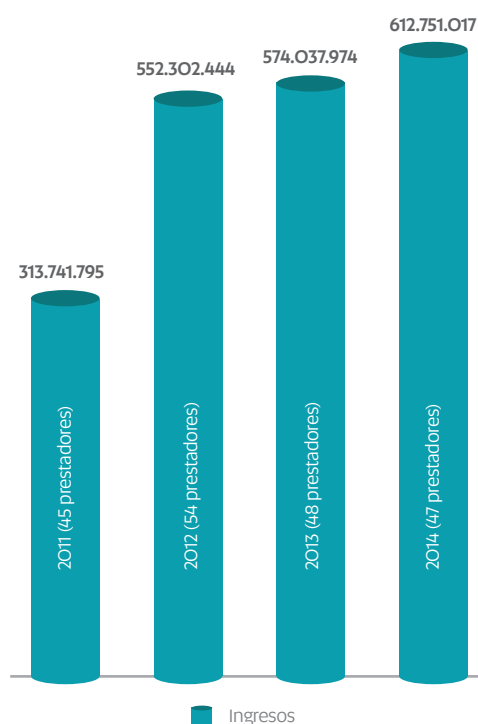
Prestadores de servicios	Ingresos (millones de dólares)		Ingresos (% del sector)		Utilidades	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Hospital Metropolitano	-	60,1	0,0%	8,3%	-	0,04
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (Solca)	33,1	52,4	4,8%	7,3%	-	16,19
Industrial Inmobiliaria Teotón S.A. (Hospital Clínica Kennedy)	32,0	40,3	4,7%	5,6%	0,86	2,81
Hospital de los Valles S.A. (Hodevalles)	21,8	37,6	3,2%	5,2%	0,22	2,02

15. Consultar también la Tabla 4, Ranking 2014 por ingresos.

Hospital Vozandes de Quito	-	31,7	0,0%	4,4%	-	1,29
Esculapio S.A. (Clínica Alcívar)	25,3	27,4	3,7%	3,8%	0,67	1,39
Promotores Médicos Latinoamericanos Latinomedical S.A.	17,1	20,3	2,5%	2,8%	0,86	1,61
Centro Médico Quirúrgico Pichincha Cenmep S.A.	15,2	19,7	2,2%	2,7%	-	0,72
Total	144,6	289,4	21,1%	40,1%	2,61	26,08

Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

Gráfica 11
Ingresos de las principales clínicas
y hospitales (en dólares americanos)



Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

De esta manera tenemos que la tercera parte de los ingresos generados por los hospitales de mayor tamaño estuvo cooptada solamente por los hospitales Metropolitano, Los Valles, Clínica Kennedy¹⁶, Clínica Panamericana y Vozandes de Quito, que juntos generaron ingresos por 232.6 millones de dólares. Dicho de otra forma, estos cinco hospitales captaron el 38% de los ingresos, aunque representaron el 11% de los 47 prestadores privados más grandes. En cuanto a las utilidades, la tercera parte se concentró en tres hospitales: Clínica Kennedy (11%), Metropolitano (10%) y Clínica Panamericana (10%), con un monto de ganancias de 12.4 millones del total embolsados.

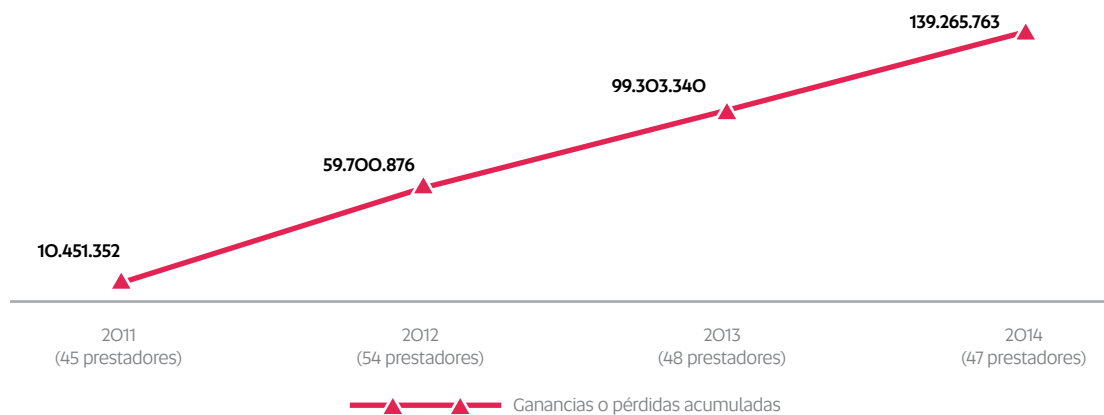
Los 47 hospitales de la élite acumularon 139.3 millones de dólares en ganancias en cuatro años, entre el 2011 y 2014. Destaca que en este período las ganancias crecieron casi cuatro veces, pasando de 10.5 millones en el 2011 a 40.0 millones en el 2014. Este crecimiento fue del 282%, es decir que crecieron en promedio anual de 39.8%, que representa un alto nivel de acumulación, considerando que el crecimiento promedio anual de la economía fue de 6.1% en el mismo período¹⁷.

16. El Hospital Clínica Kennedy tiene registrada su razón social bajo la nominación de Industria Inmobiliaria Teotón S.A. En los cuadros estadísticos identificaremos a este hospital con la razón social oficial y no con el nombre comercial.

17. El PIB corriente del Ecuador creció por encima del promedio regional en estos cuatro años analizados: en 2011 fue 79.3 mil millones de dólares, y ascendió a 100.5 mil millones de dólares para 2014, eso es un crecimiento de 27%, que en promedio geométrico resulta en un crecimiento de 6.1% por año.



Gráfica 12
Ganancias o pérdidas acumuladas durante cuatro años
(en dólares americanos)



Fuente: elaboración propia con información de la Superintendencia de Compañías y Valores.

El ranking de estas 47 mayores empresas para el 2014 lo mostramos a continuación, calculado sobre el nivel de ingresos.



**Tabla 5****Ranking de clínicas y hospitales privados de salud por ingresos en 2014**

(en dólares y porcentajes)

Ranking 2014	Clínicas y hospitales	Ingresos 2014	Utilidad 2014	Impuestos 2014	Utilidad/Ingresos 2014	Carga fiscal 2014	Ingresos 2013	Utilidad 2013	Impuestos 2013	Utilidad/Ingresos 2013	Carga fiscal 2013
1	HOSPITAL METROPOLITANO	68,628,278	4,002,020	1,069,386	5.83%	1.56%	62,453,180	3,468,847	742,304	5.55%	1.00%
2	HOSPITAL DE LOS VALLES S.A. (HODEVALLES)	47,708,222	1,915,042	722,393	4.01%	1.51%	47,033,559	3,765,179	953,735	8.01%	2.00%
3	INDUSTRIAL INMOBILIARIA TEOTON S.A.	45,818,492	4,448,647	1,018,067	9.71%	2.22%	46,126,994	3,576,768	817,551	7.75%	2.00%
4	HOSPITAL VOZANDES DE QUITO	37,415,391	1,141,106	-	3.05%	0.00%	34,146,770	246,061	-	0.72%	0.00%
5	CLINICA PANAMERICANA CLIMESA S.A.	33,030,378	3,942,578	676,817	11.94%	2.05%	31,137,523	3,587,324	611,805	11.52%	2.00%
6	ESCULAPIO S.A.	29,107,081	2,127,538	100,879	7.31%	0.35%	26,074,195	1,208,441	300,165	4.63%	1.00%
7	PROMOTORES MEDICOS LATINOAMERICANOS LATINOMEDICAL S.A.	28,136,537	-	30,334	-	0.11%	23,893,144	1,581,755	305,851	6.62%	1.00%
8	C.A. CLINICA GUAYAQUIL SERVICIOS MEDICOS	19,291,495	-	44,739	-	0.23%	19,947,772	226,273	81,401	1.13%	0.00%
9	SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A. ALBOTEOTON	18,289,049	1,881,078	-	10.29%	2.56%	17,746,234	2,062,860	494,462	11.62%	3.00%
10	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	17,142,436	308,591	-	1.80%	1.49%	10,680,570	315,505	109,229	2.95%	1.00%
11	CENTRO MEDICO QUIRURGICO PICHINCHA CENMEP S.A.	17,100,084	-	-	-	0.00%	23,825,829	202,547	107,668	0.85%	0.00%
12	CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO (CEMEFRAN) C.A.	16,796,145	1,804,050	327,003	10.74%	1.95%	15,408,767	2,201,140	-	14.28%	2.00%
13	MANADIALISIS S.A.	16,734,736	1,714,115	337,454	10.24%	2.02%	14,499,251	1,407,398	264,346	9.71%	2.00%
14	TAYANA S.A.	13,564,700	1,368,994	281,739	10.09%	2.08%	11,306,067	1,087,794	221,894	9.62%	2.00%
15	NOVA CLINICA S.A.	11,904,089	1,799,293	384,861	15.11%	3.23%	11,151,945	1,447,902	286,948	12.98%	3.00%
16	HOSPITAL DEL RIO (HOSPIRIO S.A.)	11,601,231	828,673	149,439	7.14%	1.29%	8,822,507	-	49,889	-	1.00%
17	CLINICA PASTEUR	11,503,409	841,802	-	7.32%	0.00%	10,849,031	769,124	-	7.09%	0.00%
18	CLINICA INTERNACIONAL INTERSANITAS S.A.	11,178,305	1,273,246	-	11.39%	1.98%	9,948,352	919,584	169,605	9.24%	2.00%
19	H.M.O. SYSTEMS DEL ECUADOR S.A.	10,558,270	151,372	66,383	1.43%	0.63%	8,882,888	157,309	87,454	1.77%	1.00%
20	SISTEMAS MEDICOS DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO S.A. (SIMEUSFQ)	8,699,449	384,007	77,515	4.41%	0.89%	-	-	-	-	-
21	HOSPITAL INGLES EMCI CIA. LTDA.	8,591,892	645,712	103,079	7.52%	1.20%	12,084,573	3,085,807	501,585	25.54%	4.00%
22	CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SANTA INES S.A.	8,293,361	194,361	105,916	2.34%	1.28%	6,801,891	156,661	19,689	2.30%	0.00%
23	HOSPITAL MONTE SINAI S.A. (HOMSI)	7,988,611	292,863	35,162	3.67%	0.44%	6,514,747	-	88,105	12.46%	1.00%



Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados.

Ingresos 2012	Utilidad 2012	Impuestos 2012	Utilidad / Ingresos 2012	Carga fiscal 2012	Ingresos 2011	Utilidad 2011	Patrimonio 2011	Activos 2011	Pasivos 2011	Utilidad / Ingresos 2011	Utilidad / Patrimonio 2011
60,091,803	43,701	781,518	0.07%	1.30%							
37,632,857	2,023,815	596,521	5.38%	1.59%	21,764,963	223,799	29,707,474	41,302,445	11,594,971	1.03%	0.75%
40,273,360	2,813,145	745,481	6.99%	1.85%	32,045,369	856,582	6,698,184	27,395,791	20,697,608	2.67%	12.79%
31,651,562	1,292,857	-	4.08%	0.00%							
16,465,027	1,519,330	368,055	9.23%	2.24%	8,521,336	859,452	1,036,135	3,170,057	2,133,921	10.09%	82.95%
27,417,898	1,387,267	-	5.06%	0.94%	25,328,763	673,368	2,734,171	11,379,135	8,644,964	2.66%	24.63%
20,258,247	1,611,940	321,086	7.96%	1.58%	17,134,994	858,802	2,242,136	4,940,971	2,698,835	5.01%	38.30%
17,796,367	381,142	98,721	2.14%	0.55%	18,949,206	210,962	-	9,203,312	8,742,832	1.11%	45.81%
14,096,577	1,586,547	388,326	11.25%	2.75%	11,261,206	600,913	5,542,895	7,982,974	2,440,079	5.34%	10.84%
3,734,445	283,249	89,379	7.58%	2.39%							
19,654,528	723,527	158,871	3.68%	0.81%	15,217,232		5,711,590	13,859,582	8,147,992		
12,409,366	2,003,156	617,262	16.14%	4.97%	6,846,091	609,739	2,669,548	5,927,821	3,258,273	8.91%	22.84%
12,629,062	1,257,903	276,909	9.96%	2.19%	10,288,634	798,435	1,910,749	3,748,450	1,837,700	7.76%	41.79%
11,569,203	1,387,354	319,652	11.99%	2.76%	11,087,128	815,531	1,025,480	5,854,459	4,828,979	7.36%	79.53%
9,640,541	1,506,620	297,352	15.63%	3.08%	6,288,653	242,396	2,722,731	6,073,585	3,350,854	3.85%	8.90%
6,752,998	-	-		0.00%	4,756,727		3,677,288	14,614,669	10,937,381		
9,532,833	1,265,788	-	13.28%	0.00%							
10,013,754	1,184,127	257,837	11.83%	2.57%	8,892,853	578,097	8,810,348	10,593,036	1,782,688	6.50%	6.56%
5,159,670	211,298	-	4.10%	1.28%	3,440,462		-	1,777,848	1,546,988		
5,338,350	303,787	79,052	5.69%	1.48%	3,785,003		-	2,256,069	1,265,128		
6,155,341	858,571	-	13.95%	2.36%	2,074,323	224,487	415,677	2,605,960	2,190,282	10.82%	54.01%
6,152,971	200,099	45,768	3.25%	0.74%	4,742,007	192,437	4,682,280	8,158,684	3,476,404	4.06%	4.11%
5,742,159	1,216,311	238,897	21.18%	4.16%	4,923,660	274,366	3,481,710	5,873,789	2,392,079	5.57%	7.88%



Ranking 2014	Clínicas y hospitales	Ingresos 2014	Utilidad 2014	Impuestos 2014	Utilidad/Ingresos 2014	Carga fiscal 2014	Ingresos 2013	Utilidad 2013	Impuestos 2013	Utilidad/Ingresos 2013	Carga fiscal 2013
24	DANREMA S.A.	7,448,817	494,254	6,525	6.64%	0.09%	6,067,237	918,342	179,536	15.14%	3.00%
25	MED-EC S.A.	7,305,106	148,683	49,748	2.04%	0.68%	7,207,176	14,444	8,394	0.20%	0.00%
26	CENTRO MEDICO AMBULATORIO METROAMBULAT S.A.	7,137,036	-	-		0.00%	7,027,868	-	-		0.00%
27	NETLAB S. A.	6,585,293	1,572,862	-	23.88%	4.00%	6,260,144	1,234,174	203,812	19.71%	3.00%
28	UNIDAD ONCOLOGICA SOLCA TUNGURAHUA	6,276,917	516,459	-	8.23%	0.00%					
29	CLINICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL	5,942,474	858,138	-	14.44%	2.81%	4,871,302	445,576	80,187	9.15%	2.00%
30	SOCIEDAD DE HEMODIALISIS SOCIHEMOD CIA. LTDA.	5,321,840	205,974	-	3.87%	1.03%	4,782,093	-	86	8.28%	2.00%
31	CLINICA SAN FRANCISCO S. A.	5,212,833	229,784	43,501	4.41%	0.83%	12,866,615	536,218	107,372	4.17%	1.00%
32	CLINICA SANTAMARIA CLISANTA S.A.	4,818,293	-	52,747	5.67%	1.09%	4,596,980	335	79,307	7.29%	2.00%
33	DIPROMEDICO CIA. LTDA.	4,735,315	574,833	-	12.14%	2.34%					
34	CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINOAMERICANA CIA. LTDA.	4,692,978	141,416	23,504	3.01%	0.50%	2,675,215	16,476	3,221	0.62%	0.00%
35	RUTHY CIA. LTDA.	4,443,371	211,902	36,211	4.77%	0.81%	5,062,723	1,527,210	-	30.17%	6.00%
36	R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS CIA. LTDA.	4,404,015	162,952	71,677	3.70%	1.63%	3,358,911	80,702	20,494	2.40%	1.00%
37	DIAGNOSTICO AGUDO Y MEDICOS ESPECIALISTAS DAME S.A. (DAMESA)	4,394,127	443,192	86,605	10.09%	1.97%	4,787,433	779,411	136,377	16.28%	3.00%
38	CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO S. A.	4,338,619	263,708	43,746	6.08%	1.01%	3,598,847	49,606	11,095	1.38%	0.00%
39	RENALCENTRO S.A.	3,966,845	88,619	66,495	2.23%	1.68%					
40	AXXISCAN S. A.	3,950,612	588,269	-	14.89%	2.62%	3,613,644	373,027	62,911	10.32%	2.00%
41	DIALCENTRO S.A.	3,684,142	289,304	100,887	7.85%	2.74%	3,372,464	-	44,765	4.95%	1.00%
42	TRAUMA ORTOPEDICS S. C. C.	3,539,162	946,764	203,612	26.75%	5.75%	2,745,135	762,834	159,828	27.79%	6.00%
43	GINECOLOGICA MEDICA S.A. (GINECOMED)	3,387,465	-	-		0.00%	3,328,056	-	-		0.00%
44	UNIDAD DE SERVICIOS RENALES DEL AUSTRO (UNIREAS CIA. LTDA.)	3,156,117	296,209	51,111	9.39%	1.62%	2,914,267	325,949	66,514	11.18%	2.00%
45	CINEANGIO SERVICIOS MEDICOS S.A.	3,073,078	79,669	18,166	2.59%	0.59%	3,658,006	-	25,883	2.83%	1.00%
46	HOSPITAL CLINICA SAN AGUSTIN CIA. LTDA.	3,008,786	220,113	43,056	7.32%	1.43%	3,158,506	217,532	53,622	6.89%	2.00%
47	FESALUD S.A.	2,846,135	564,231	103,977	19.82%	3.65%					



Ingresos 2012	Utilidad 2012	Impuestos 2012	Utilidad / Ingresos 2012	Carga fiscal 2012	Ingresos 2011	Utilidad 2011	Patrimonio 2011	Activos 2011	Pasivos 2011	Utilidad / Ingresos 2011	Utilidad / Patrimonio 2011
4,817,973	555,449	113,312	11.53%	2.35%	1,732,122		10,536	1,738,065	1,727,529		
7,496,457	203,478	44,005	2.71%	0.59%	6,654,505	19,829	212,997	974,188	761,191	0.30%	9.31%
4,887,571	107,275	16,912	2.19%	0.35%	3,671,865		536,958	2,408,918	1,871,960		
3,486,914	574,967	85,347	16.49%	2.45%	3,023,309	281,434	869,081	1,948,680	1,079,598	9.31%	32.38%
4,033,876	22,821	-	0.57%	0.00%							
4,532,890	599,765	114,876	13.23%	2.53%							
4,277,839	485,149	109,132	11.34%	2.55%							
6,062,491	466,131	94,753	7.69%	1.56%							
3,721,714	232,942	47,614	6.26%	1.28%	2,927,671	53,756	180,498	1,103,694	923,197	1.84%	29.78%
2,521,720	265,433	55,139	10.53%	2.19%							
2,459,295	91,025	9,272	3.70%	0.38%							
2,964,184	673,598	137,414	22.72%	4.64%							
3,459,919	30,183	8,437	0.87%	0.24%	3,251,298	18,223	105,569	1,063,021	957,453	0.56%	17.26%
5,710,723	606,412	123,708	10.62%	2.17%							
2,841,890	-	16,931	1.76%	0.60%	1,942,244		560,152	1,463,301	903,149		
2,463,361	20,706	20,062	0.84%	0.81%	1,832,166	13,374	-	141,247	101,106	0.73%	33.32%
2,844,084	431,693	61,606	15.18%	2.17%							
2,846,128	269,771	57,946	9.48%	2.04%	2,281,553	-	167,521	824,272	656,751	6.80%	92.57%
3,493,419	968,063	210,913	27.71%	6.04%							
3,069,983	271,728	65,038	8.85%	2.12%	2,815,911	167,349	1,135,550	1,983,316	847,766	5.94%	14.74%
2,591,273	406,154	81,845	15.67%	3.16%	2,697,304	313,038	467,274	821,323	-	11.61%	66.99%
3,777,756	145,309	43,121	3.85%	1.14%	3,077,003	59,611	588,052	1,417,508	829,456	1.94%	10.14%
3,144,534	257,023	49,764	8.17%	1.58%	2,529,141	142,655	1,589,721	1,980,847	391,126	5.64%	8.97%
					1,611,592	120,269	1,940,229	2,154,034	213,806	7.46%	6.20%



Ranking 2014	Clinicas y hospitales	Ingresos 2014	Utilidad 2014	Impuestos 2014	Utilidad/ Ingresos 2014	Carga fiscal 2014	Ingresos 2013	Utilidad 2013	Impuestos 2013	Utilidad/ Ingresos 2013	Carga fiscal 2013
No aplica	ANGIOTEC S.A.										
No aplica	ASOCIACION MEDICA RENAL PORTOVIEJO (ASMERP S.A.)										
No aplica	CENTRO ECUATORIANO DE REPRODUCCIÓN HUMANA DR. PABLO VALENCIA (CERHVALENCIA CÍA. LTDA.)						2,527,759	396,466	85,038	15.68%	3.00%
No aplica	CENTRO MEDICO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CEMOPLAF)						5,414,295	-	-		0.00%
No aplica	CLINEFNORTE CIA. LTDA.										
No aplica	ECUAFONTES S. A.						2,656,363	56,063	28,385	2.11%	1.00%
No aplica	EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL (EMIECUADOR S.A.)						2,604,423	219,433	54,657	8.43%	2.00%
No aplica	EMPRESALUD S.A.										
No aplica	GRUHCLISAN CIA. LTDA.										
No aplica	HOSPITAL MILLENNIUM, HOSPI MILLENNIUM S. A.										
No aplica	HOSPITAL VOZANDES DEL ORIENTE						2,843,141	-	-		0.00%
No aplica	INSTITUTO ECUATORIANO DE DIALISIS Y TRANSPLANTES (I.E.D.Y.T. S.A.)										
No aplica	INSTITUTO DEL RIÑON Y CENTRO DE DIALISIS SAN MARTIN (INRIDI SAN MARTIN S.A.)						2,703,582	174,387	42,652	6.45%	2.00%
No aplica	PARKSIDE INTERNATIONAL CIA. LTDA.										
No aplica	PLAN VITAL VITALPLAN S.A.										
No aplica	RESONANCIA MAGNETICA KENNEDY S.A. (REMAKEN)										
No aplica	SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER DEL ECUADOR (SOLCA)										
	Total o promedio general	612,751,017	39,962,423	6,532,734	6.52%	1.07%	574,037,974	39,602,464	7,667,822	6.90%	1.34%



Estudio de la interacción pública con clínicas y hospitales privados.

Ingresos 2012	Utilidad 2012	Impuestos 2012	Utilidad/ Ingresos 2012	Carga fiscal 2012	Ingresos 2011	Utilidad 2011	Patrimonio 2011	Activos 2011	Pasivos 2011	Utilidad/ Ingresos 2011	Utilidad/ Patrimonio 2011
					2,450,018	121,958	-	1,321,291	948,751	4.98%	32.74%
					1,749,164	21,162	136,347	360,466	-	1.21%	15.52%
2,680,727	42,051	8,687	1.57%	0.32%							
5,731,591	-	-		0.00%							
					1,481,534	378,768	434,583	744,129	309,546	25.57%	87.16%
2,811,563	1,121	-	0.04%	0.00%							
2,412,017	168,586	75,037	6.99%	3.11%	2,264,645	171,149	546,149	876,982	330,833	7.56%	31.34%
					1,591,681	24,045	55,741	89,299	33,558	1.51%	43.14%
3,706,429	105,334	45,412	2.84%	1.23%	2,675,499		-55,974	1,031,878	1,087,853		
2,367,540	-	-		0.00%							
2,493,347	-	-		0.00%							
					2,363,709	160,888	300,929	752,463	451,534	6.81%	53.46%
					2,710,501	188,884	347,329	895,854	548,525	6.97%	54.38%
					1,883,595	2,038	39,012	502,416	463,404	0.11%	5.22%
					2,042,300		95,887	385,025	289,138		
					2,007,244	173,556	189,107	1,988,259	1,799,152	8.65%	91.78%
52,424,317	16,185,823	3,884,597	30.87%	7.41%	33,125,611						
552,302,444	49,249,524	11,261,567	8.92%	2.04%	313,741,795	10,451,352	93,521,644	215,689,113	119,494,340	3.33%	11.18%

Para poder comparar con la información del Servicio de Rentas Internas (SRI), tomamos las principales nueve empresas según sus ingresos para el año 2013 (gracias a la disponibilidad de datos completos). A continuación el resultado:

Tabla 6
Posición de clínicas y hospitales en el ranking de las 1000 compañías más importantes en 2013

Prestador de servicio	Código CIU Rev.4	Ciudad	Ingresos
Hospital de los Valles S.A. (Hodevalles)	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Cumbayá	45,791,681.16
Industrial Inmobiliaria Teoton SA	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Guayaquil	44,411,943.02
Clínica Panamericana Climesa SA	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Guayaquil	32,142,007.88
Esculapio S.A.	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Guayaquil	29,107,080.95
International Laboratories Services Interlab S.A.	Laboratorios de análisis de sangre, orina, etc. (Q869O.22)	Guayaquil	19,377,589.03
Compañía Anónima Clínica Guayaquil Servicios Médicos	Hospitales especializados (Q862O.O1)	Guayaquil	18,135,247.44
Servicios Hospitalarios S.A. Alboteoton	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Guayaquil	18,079,608.10
Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada	Hospitales especializados (Q862O.O1)	Guayaquil	17,019,279.03
Manadialisis S.A	Hospitales básicos y generales (Q861O.O1)	Portoviejo	16,734,736.32
Total			240,799,172.93

Fuente: elaboración propia con datos de la Superintendencia de Compañías y Seguros de Estados Financieros reportados por las compañías, a la fecha de corte del 8 de julio de 2014.

Observamos que la estructura patrimonial se encuentra controlada por una minoría de instituciones que, analizadas por separado (es decir por cada agente que presta servicios), nos inducen a determinar que existen altos niveles de concentración. Sin embargo, el grado de concentración se eleva aún más si consideramos que estas instituciones pertenecen a un grupo económico más amplio, formado por empresas bajo un mismo manto de control y mando, abocado a velar por los intereses de un solo bloque de propietarios. Es decir, a la concentración le podemos añadir la existencia de centralización en uno (o unos pocos) de los activos y los ingresos que antes se encontraban operados por otros propietarios (generalmente de menor tamaño), lo que implica una serie de estrategias de articulación mediante fusiones e integraciones verticales u horizontales.

Pasaremos entonces revista a la vinculación de clínicas y hospitales con grupos económicos específicos, identificados para fines tributarios por el SRI. Con el objetivo de identificar y brindar seguimiento a estos conglomerados, el artículo 5 del reglamento para la aplicación de la Ley de Régimen Tributario Interno establece lo siguiente:

Se define como grupo económico al conjunto de partes conformado por personas naturales y sociedades, tanto nacionales como extranjeras, donde una o varias de ellas posean directa o indirectamente 40% o más de la participación accionaria en otras sociedades.

El Servicio de Rentas Internas podrá considerar otros factores de relación entre las



partes que conforman los grupos económicos, respecto a la dirección, administración y relación comercial; de ser el caso se emitirá una Resolución sobre el mecanismo de aplicación de estos criterios.

Así mismo, de acuerdo a la normativa anteriormente citada, es obligación del Director General del Servicio de Rentas Internas informar sobre la conformación de los principales grupos económicos del país y su comportamiento tributario.

En el seguimiento de grupos económicos realizado por la autoridad tributaria hemos podido identificar a por lo menos cinco grupos significativos. Estos deben ser tomados como una muestra, pues se requiere una investigación exhaustiva de la composición accionaria y administrativa, que requiere de acceso a datos cuidados por sigilo empresarial y abiertos solamente para la autoridad tributaria. A pesar de estos límites, nos parece importante destacar estos ejemplos para dimensionar el tamaño de la centralización de capital en el sector salud.

Tabla 7
Grupos económicos vinculados a clínicas y hospitales identificados por el Servicio de Rentas Internas (en dólares americanos)

Nombre de Grupo Económico	Sociedades extranjeras	Soc. Extranjeras domiciliadas en Paraísos fiscales	Total de Ingresos 2014	Impuesto a la Renta Causada 2014	Contribución I.R. 2014	Total de Ingresos 2013	Impuesto a la Renta Causada 2013	Contribución I.R. 2013
GRUPO FUTURO (SEGUROS EQUIINOCCIAL, TECNIDEGUROS, SALUDSA, EQUIVIDA)	4	2	563.221.989,79	7.900.317,25	1,40%	509.601.378	6.604.086	1,30%
FARMAENLACE (FARMACIAS ECONÓMICAS, FARMACIAS MEDICITY, MEDISALUD, ZONA)	1	1	249.253.073,34	73.721.220,65	1,49%	203.316.615	2.759.654	1,36%
HUMANA (HOSPITAL METROPOLITANO, METROMED, FESALUD)	0	0	114.815.400,61	1.566.411,69	1,36%	118.933.989	1.663.357	1,40%
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO (CONCEM, DIGITAL PHOTO EXPRESS, CMSFQ)	3	2	99.042.191,63	2.775.023,13	2,80%	108.515.329	2.599.249	2,40%
ESTUDIO JURÍDICO ORTEGA MOREIRA & ORTEGA TRUJILLO (ANGLO AUTOMOTRIZ, BOLÍVAR)	9	9	154.950.778,02	2.230.115,53	0,00%	226.268.616	2.526.711	0,00%
Total	17	14	1.181.283.442,39	18.193.088,25	1,54%	1.166.635.927	16.153.056	1,38%

Fuente: elaboración propia con datos del Servicio de Rentas Internas.

Entre los cinco grupos económicos generaron USD 1 181 millones en ingresos en el año 2013, esto es 17% más que el año anterior. Creció más lentamente su contribución al impuesto a la renta, que fue de 11.7 millones en 2013, un 12% mayor que en 2012. Esto se debe a que su carga tributaria se redujo pasando de 1.45% en 2012 a 1.38% en 2013, es decir que hubo

una reducción del 4.57% de la carga tributaria a pesar de que los ingresos se incrementaron 17%.

Los cinco grupos económicos involucran un total de 211 integrantes y, a excepción del grupo del Hospital Metropolitano, todos mantuvieron vínculos con paraísos fiscales (17 del total).



Por lo tanto, los hospitales y clínicas privadas de la élite mantienen vínculos con grupos económicos que se diversifican en varias ramas de la economía, entre las cuales podemos señalar como principales: venta al por mayor y menor de medicinas, sistema financiero, constructoras, comercializadoras, concesionarios y productoras de alimentos. Además, aunque antes habíamos mostrado que la inversión privada en salud es fundamentalmente nacional, ahora comprobamos que estos grupos mantienen vínculos con capitales extranjeros y particularmente con filiales domiciliadas en paraísos fiscales.

El incremento de capitales abre la posibilidad de concentración de la producción, es decir de absorción por grandes empresas. Como resultado de la concentración y centralización señaladas, el desenvolvimiento de la rama de actividad econó-

mica depende del comando de un grupo reducido de empresarios de élite.

La acumulación de capital implica un aumento del excedente económico. La ampliación de empresas en este sentido aumenta las distintas proporciones de capitales mediante la concentración y centralización de capital.

La concentración es el aumento del capital en una empresa, que podría provenir de la generación de nueva riqueza social. Mientras que la centralización no implica la generación de nueva riqueza porque redistribuye solamente el capital existente, generando fusiones de muchos capitales en unos pocos. En la competencia, cuando los grandes capitales no arruinan a los pequeños y medianos capitales tienden en última instancia a absorberlos.

En Ecuador, como en la mayoría de países occidentales, la estructura de servicios de salud se encuentra ordenada por una activa regulación de la política pública y por los mecanismos de mercado que canalizan la circulación de los flujos de financiamiento que provienen de los agentes privados y públicos. Con altos y bajos, el manejo de la salud experimenta un vuelco importante desde la Constitución de Montecristi, donde los grandes objetivos de la nueva orientación se relacionan con el aseguramiento universal de la salud, el acceso gratuito a programas públicos, la construcción de infraestructura y la dotación de equipamiento. Sin embargo, en los últimos años se consolida un giro de dirección expresado en un progresivo crecimiento de contratos del IESS con empresas de salud privadas. Así, mientras en el período 2007-2013 el IESS perdió nueve establecimientos de salud, los contratos privados crecieron mil por ciento.

La gratuidad de la salud disminuyó el gasto de bolsillo de las familias en 12 puntos respecto al total del gasto público y privado, gracias a que se incrementaron las contribuciones al IESS, que a su vez sirvieron para ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante, principalmente, la proliferación de contratos con prestadores privados.

A pesar de la reducción del gasto de bolsillo, Ecuador todavía se encuentra por encima de la media sudamericana de carga al gasto de las familias, con el 43%, y ocupa el tercer lugar en la región.

Los servicios de salud del Ecuador giran en torno a las necesidades y exigencias del capital financiero internacional a través de vinculaciones con sociedades extranjeras, algunas de ellas con matriz en paraísos fiscales (solamente dentro de los cinco grupos económicos analizados aquí, encontramos 14 filiales en jurisdicciones *offshore*). Lo



financiero comprende a los accionistas, los tenedores de capital dinero, los fondos de inversiones, los bancos, las aseguradoras de riesgo y similares. Adelantamos en estas conclusiones que esto da muestra de la profundización del proceso de *financiarización de la salud*, en el sentido de que la lógica financiera corre el riesgo de superponerse a la garantía de los derechos. De la búsqueda de la maximización del beneficio privado se deriva una tensión con la planificación orientada al alcance del bienestar social.

Una de las manifestaciones de la financiarización es la monopolización del sector salud. Encontramos que existen clínicas y hospitales que son parte de grupos económicos oligopólicos, donde tan sólo cinco grupos económicos vinculados a la salud obtuvieron más de mil millones de dólares en ingresos durante el año 2014; en cambio, solamente tuvieron una contribución del Impuesto a la Renta del 1,5% en relación con su ingreso, es decir 18 millones de dólares.

Los ocho mayores prestadores privados de servicios médicos representan el 1% del sector y, sin embargo, obtuvieron el 40% de los ingresos del mercado al que pertenecen. Este es un proceso de concentración que vino acompañado de la acumulación de capital generado en el sector, y que durante el período de gobierno de Rafael Correa se profundizó. Esta monopolización es resultado de la integración del capital industrial, comercial o bancario y su diversificación a otras actividades económicas que – en este caso – incluye a las actividades de hospitales y médicos.

Durante el período de gobierno de Rafael Correa el gasto se incrementó 92% en valores constantes, y fueron los recursos del IESS los principales contribuyentes a este crecimiento (aportó con el 34%). En comparación, hacia mediados y finales de los años 90 el gasto en salud apenas se incrementó 22%. Esto ha generado una disminución del gasto de bolsillo de los hogares que, no obstante, ha sido financiado por las propias contribuciones





de los trabajadores y patronos. Por lo menos en las dos últimas décadas, nunca antes la seguridad social había sido tan importante dentro del gasto en salud del sector público: en 1995 representó 38% del total, en 2007 el 24%, en 2013 el 43%.

Esto induce a considerar que es indispensable que el Estado garantice el financiamiento de la atención médica de los jubilados y de las personas con enfermedades catastróficas afiliados al IESS. Esto en tanto que dicha institución ha permitido disminuir el ritmo de crecimiento del gasto en salud de los hogares. Este es un mecanismo para brindar protección financiera, mejorar la salud de las personas y responder a las expectativas de la población.

Por otra parte, el importante incremento del presupuesto del MSP todavía es insuficiente: no se logró la meta establecida por la vigesimosegunda disposición transitoria de la Constitución, que establecía la obligación de financiar el sistema nacional de salud en un grado equivalente al 4% del PIB. Desde 2008 nunca se realizó un incremento equivalente a por lo menos el 0,5% anual del PIB, y al año 2013 este presupuesto alcanzó únicamente 2,1% del PIB.

La apuesta por el cambio de la matriz energética, infraestructura vial, educación y viviendas urbanas ha provocado una disminución relativa en la inversión pública en bienestar social, agricultura y salud. Es decir, aunque el sector salud haya crecido en términos absolutos, creció menos rápido que los otros sectores. El gobierno estaría beneficiando en mayor medida a los sectores urbanos enrolados en actividades productivas más eficientes y que cuentan con mayor capacidad de endeudamiento, al tiempo que les resta importancia relativa a los sectores rurales históricamente desfavorecidos y vulnerables. El crecimiento del presupuesto para gasto social posibilitó una mayor distribución de operaciones de salud. Esta estrategia propicia una disminución del conflicto social originado por la ampliación del proceso de modernización capitalista, reflejado en la ampliación de las actividades extractivas destinadas a la obtención de recursos para la diversificación productiva.

Las subvenciones (entre las que se encuentran las de salud) son verdaderas retribuciones invisibilizadas a los ingresos de las familias. En tanto repercuten sobre el ingreso de las familias que obtienen retribuciones monetarias por trabajo, se puede considerar a estos ingresos como *salario*





social. Aunque las cuentas nacionales de salud no nos permitieron desagregar la información por niveles de ingresos, o por el gasto de bolsillo que proviene de la retribución del trabajo o de las rentas patrimoniales (utilidades, regalías, alquileres u otras rentas), nos parece una presunción razonable considerar que la mayor parte del gasto de bolsillo de los hogares proviene de las familias trabajadoras. Si la oferta del MSP sirve principalmente a las familias de menores recursos y el incremento del gasto del IESS a las familias dentro del sector formal del trabajo, una mayor cobertura implica un menor gasto para las familias trabajadoras.

Es necesario considerar que se requiere un estudio más detallado para establecer un equilibrio pertinente entre ambas inversiones. En Ecuador la mayoría de la población se encuentra en el sector informal de la economía, la población afiliada pertenece a un decil de ingresos superior (aunque no necesariamente de estratos privilegiados). En otras palabras, contar con información desagregada por deciles nos ayudaría a establecer cuál es la distribución del gasto del IESS por estamentos de ingresos y compararla al interior del sistema de seguridad social, para luego compararla con los usuarios del MSP. Sin

esta evaluación se mantendrá el riesgo de caer en una subvención regresiva, consistente en una mayor subvención relativa a los estamentos altos, aunque en términos absolutos se haya incrementado la subvención a los estamentos de menores ingresos.

La actual modalidad de prestación de los servicios es una de las formas de privatización de la atención médica. Esta privatización se produce por insuficiencia de la oferta pública, situación que presiona la contratación o derivación hacia la oferta privada, sin que sea regulada ni controlada como sí se hace con la oferta pública. De acuerdo con la experiencia de otros países, esta práctica incrementa el costo del servicio en relación con la cobertura (número de casos atendidos) de los afiliados.

Además, esta modalidad de protagonismo privado tiende a estimular la demanda en base a un “acuerdo” médico-paciente, que incrementa las intervenciones más costosas o que técnicamente no serían necesarias, incrementando los costos del servicio. Esta nueva modalidad de contratación, al contrario de fortalecer al Estado, debilita su capacidad de rectoría, planificación y control de la calidad del servicio.

► Bibliografía

ACHPE. *Informe sobre responsabilidad penal médica en Ecuador*. Quito: Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador, 21 Junio 2013.

Aglietta, Michel. *Regulación y crisis del capitalismo. La experiencia de Estados Unidos*. Madrid: Siglo XXI, 1979.

Amarante, Verónica y Juan Pablo Jiménez. “Desigualdad, concentración y rentas altas en América Latina”. En *Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas rentas en América Latina*, editado por Juan Pablo Jiménez, 13 -

48. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2015.

Arteaga, Érika. “Desmitificando la revolución en salud: retrocesos en participación en el Ecuador 2015”. *La Línea de Fuego*, 2015.

Astudillo, Rowland y Alexandra Cadena. *Concentración y centralización de capital en el sector salud. El caso del Ecuador 2006-2010. Informe de proyecto de investigación de la convocatoria 2011*, bajo la dirección de Pablo Dávalos, Quito: Instituto de Salud Pública de la Universidad Católica del Ecuador, 15 diciembre del 2011.



Cuvi, Juan. *La enfermedad silenciosa: una mirada social a la automedicación en el Ecuador*. Quito: Corporación Acción Vital, 2010.

Cuvi, Juan, Diego Obando y Patricia Benavides. *Medicamentos: entre el derecho y el mercado*. Quito: Corporación Acción Vital, 2010.

El Ciudadano. "Gobierno Nacional descarta deuda con el IESS". *El Ciudadano*, 18 de Abril de 2015.

Fierro, Luis. *Los grupos financieros en el Ecuador*. Primera reimpresión. Quito: Centro de Educación Popular, 1992.

Gachet, Francisco, y Diego Carrión. "Ámbito de la economía". En *Balance crítico del gobierno de Rafael Correa*, editado por Francisco Muñoz, 37 - 135. Quito: Universidad Central del Ecuador: Facultad de Economía, Instituto de Posgrado e Investigación Económica, Escuela de Sociología, Diciembre 2014.

García, Santiago. "Ámbito de la economía política". En *Balance crítico del gobierno de Rafael Correa*, editado por Francisco Muñoz, 359 - 458. Quito: Universidad Central del Ecuador: Facultad de Economía, Instituto de Posgrado e Investigación Económica, Escuela de Sociología, Diciembre 2014.

Grupo Faro. "Construyamos salud". 2013. <http://construyamossalud.grupofaro.org> (último acceso: 12 de junio de 2014).

Hellman, Joel, Geraint Jones y Daniel Kaufmann. *La captura del Estado, corrupción e influencia en la transición*. Trabajo de investigación de políticas del Banco Mundial No.2444, Washington: Banco Mundial, 2000.

Hellman, Joel y Daniel Kaufmann. "La captura del Estado en las economías en transición". *Desarrollo & Finanzas* (Fondo Monetario Internacional), 2001.

Herrera, Stalin, Sara Latorre, Paola Sánchez y Pablo Iturralde. *¿A quién le importa los guayacanes? Acumulación, gobierno y conflictos en el campo*.

Primera. Quito: Instituto de Estudios Ecuatorianos, 2013.

Iturralde, Pablo José. "Acumulación capitalista en el campo". En *¿A quién le importa los guayacanes? Acumulación, gobierno y conflictos en el campo*, 83-107. Quito: Instituto de Estudios del Ecuador, 2013.

— *El negocio invisible de la salud: acumulación de capital en el sistema de salud del Ecuador*. Primera. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales (CDES), 2014.

Larrea, Carlos. *Inequidad social y redistribución del ingreso en el Ecuador*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (UASB) y Fundación Rosa Luxemburg, 2014.

León, Mauricio. *Los esfuerzos realizados del 2007 al 2011 para cerrar la brecha cualitativa de gasto social no han sido suficientes: hace falta más dinero*. Quito: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2012.

Lucio R., Villacrés N., Henríquez R. "Sistema de salud de Ecuador". *Salud pública de México*, vol. 53, suplemento 2, 2011: 177-187.

Superintendencia de Control de Poder de Mercado [SCPM]. "Estudio de la concentración geográfica en farmacias y botiquines". Presentación de Power Point, Quito, diciembre del 2014.



5

► Anexos

Tabla 8

Tabla de gasto del sector público por país en Sudamérica, años 1995 al 2013
(en dólares de 2005)

Países	1995	1999	2003	2007	2011	2012	2013
Uruguay	317	337	228	250	361	416	480
Argentina	209	237	173	251	328	366	393
Panamá	190	185	209	218	341	361	382
Chile	117	154	184	219	301	326	353
Brazil	123	130	139	181	249	259	271
Colombia	118	193	155	171	204	220	227
Suriname	78	91	108	114	129	144	151
Ecuador	52	42	39	47	90	107	144
Peru	54	65	67	74	98	111	127
Paraguay	35	47	30	39	64	71	66
Bolivia	26	35	33	35	43	52	63
Venezuela	101	108	97	167	102	101	63
Guyana	39	42	51	43	56	55	58
Sur América		128	116	139	182	199	213

Fuente: elaboración propia con datos de la OMS, 2014.



Tabla 9

Número de Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Obstetrices, Psicólogos, Auxiliares de Enfermería, que trabajan en establecimientos de salud y tasas según regiones y provincias. Año 2013.

Regiones y provincias	Población	Médicos 3/		Odontólogos	
	30-VI 1/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/
Total República:	15,774,749	26,000	16.48	4,162	2.64
Región Sierra:	7,041,335	13,092	18.59	2,046	2.91
Azuay	781,919	1,734	22.17	264	3.38
Bolívar	197,708	259	13.10	83	4.20
Cañar	249,297	429	17.19	101	4.05
Carchi	176,662	216	12.21	79	4.47
Cotopaxi	444,398	475	10.70	156	3.51
Chimborazo	491,753	726	14.75	142	2.89
Imbabura	432,543	668	15.45	119	2.75
Loja	484,529	1,069	22.06	178	3.67
Pichincha	2,835,373	6,267	22.10	746	2.63
Tungurahua	544,090	701	12.89	129	2.37
Santo Domingo de los Tsáchilas	403,063	549	13.62	49	1.22
Región Costa:	7,849,237	11,391	14.51	1,651	2.10
El Oro	653,400	1,098	16.80	196	3.00
Esmeraldas	581,010	618	10.64	133	2.29
Guayas	3,963,541	6,266	15.81	761	1.92
Los Ríos	841,767	865	10.28	168	2.00
Manabí	1,467,111	2,083	14.20	308	2.10
Santa Elena	342,408	461	13.46	85	2.48
Región Amazónica:	820,024	1,422	17.34	440	5.37
Morona Santiago	166,345	337	20.24	100	6.01
Napo	114,805	296	25.79	68	5.92
Pastaza	94,373	105	11.15	65	6.89
Zamora Chinchipe	102,684	218	21.20	78	7.60
Sucumbíos	195,759	232	11.84	58	2.96
Orellana	146,058	234	16.04	71	4.86
Región Insular:	28,000	94	33.64	25	8.93
Galápagos	28,000	94	33.64	25	8.93
Zonas no delimitadas:	36,153		-		0.00

Notas:

1/ Las poblaciones estimadas de los años 1990 al 2001 son realizadas con la población del Censo 2001, y la población estimada del 2004 al 2013, son a partir de la población del Censo 2010.

2/ Tasas por 10.000 habitantes

* La tasa de médicos se homologa la fórmula de cálculo en el año 2014 por la Comisión de Salud, en la que se incluye médicos posgradistas, rurales, residentes y se pondera en relación a las horas de trabajo. Ver resolución de la Comisión Interinstitucional de Estadísticas de Salud - CIES 002-2014.

Fuente: elaboración propia con datos del anuario de Estadísticas de Salud 2014 presentado por el INEC.



Psicólogos		Enfermeras		Obstetrices		Aux. de Enfermería	
Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/	Número	Tasa 2/
981	0.62	15,776	10.00	2,120	1.34	18,466	11.71
580	0.82	8,838	12.55	711	1.01	8,342	11.85
79	1.01	1,019	13.03	17	0.22	837	10.70
15	0.76	240	12.14	26	1.32	180	9.10
24	0.96	251	10.07	6	0.24	316	12.68
21	1.19	241	13.64	67	3.79	150	8.49
16	0.36	251	5.65	52	1.17	311	7.00
38	0.77	460	9.35	56	1.14	509	10.35
31	0.72	525	12.14	37	0.86	373	8.62
24	0.50	573	11.83	30	0.62	641	13.23
291	1.03	4,608	16.25	302	1.07	4183	14.75
26	0.48	498	9.15	57	1.05	473	8.69
15	0.37	172	4.27	61	1.51	369	9.15
333	0.42	5,956	7.59	1,225	1.56	9,257	11.79
56	0.86	629	9.63	127	1.94	696	10.65
16	0.28	381	6.56	150	2.58	474	8.16
194	0.49	3,073	7.75	593	1.50	5767	14.55
22	0.26	399	4.74	166	1.97	635	7.54
33	0.22	1,310	8.93	104	0.71	1406	9.58
12	0.35	164	4.79	85	2.48	279	8.15
66	0.80	941	11.48	180	2.20	850	10.37
14	0.84	232	13.95	10	0.60	234	14.07
7	0.61	179	15.59	53	4.62	127	11.06
4	0.42	115	12.19	31	3.28	76	8.05
5	0.49	122	11.88	5	0.49	118	11.49
8	0.41	126	6.44	42	2.15	151	7.71
28	1.92	167	11.43	39	2.67	144	9.86
2	0.71	41	14.64	4	1.43	17	6.07
2.0	0.71	41	14.64	4	1.43	17	6.07
	-		0.00		-		0.00

Tabla 10

Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria según entidad a la que pertenecen. Años 2004 y 2013.

Entidad		2004						2013					
		Total		Con internación		Sin internación		Total		Con internación		Sin internación	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL:		3.790	100	700	100	3.090	100	4.223	100	765	100	3.458	100
Sector Público		3.086	81	188	27	2.898	94	3.464	82	194	25	3.270	95
1	Ministerio de Salud Pública	1.732	46	126	18	1.606	52	2.122	50	131	17	1.991	58
2	Seguro Social (IESS)	81	2	19	3	62	2	76	2	23	3	53	2
3	Municipios	68	2	8	1	60	2	76	2	9	1	67	2
4	Ministerio de Defensa Nacional	81	2	14	2	67	2	64	2	11	1	53	2
5	Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos	38	1	2	0	36	1	32	1	2	0	30	1
6	Otros Ministerios 1/	129	3	-	-	129	4	127	3	1	0	126	4
7	Gráficas al IESS	329	9	-	-	329	11	246	6	-	-	246	7
8	Seguro Social Campesino	577	15	-	-	577	19	658	16	-	-	658	19
9	Sociedad de Lucha contra el Cáncer	8	0	8	1	-	-	13	0	8	1	5	0
10	Consejos Provinciales	-	-	-	-	-	-	19	0	-	-	19	1
11	Otros Públicos 2/	43	1	11	2	32	1	31	1	9	1	22	1
Sector Privado		704	19	512	73	192	6	759	18	571	75	188	5
12	Con fines de Lucro 3/	490	13	486	69	4	0	605	14	544	71	61	2
13	Sin fines de Lucro 4/	214	6	26	4	188	6	154	4	27	4	127	4

Notas:

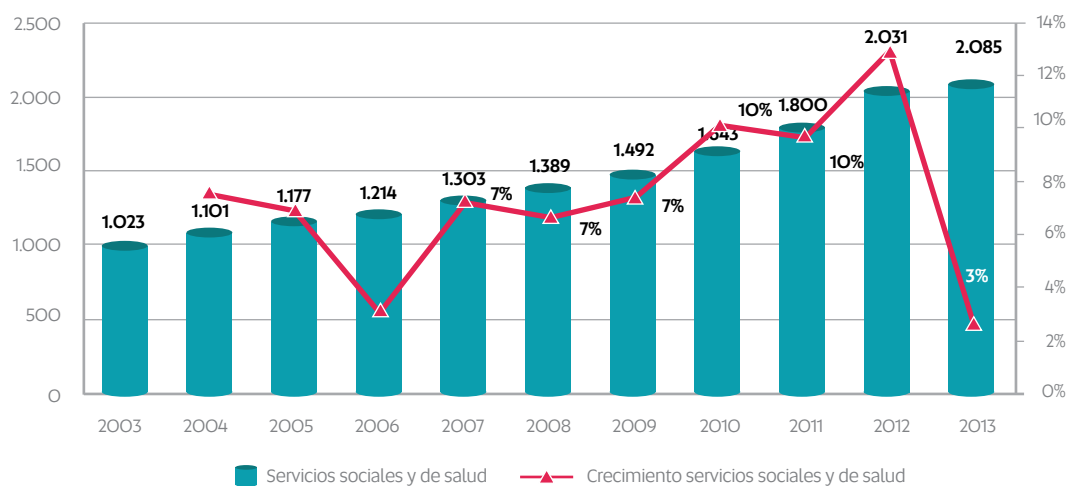
1. Incluye Ministerios de Inclusión Económica y Social (MIES), Educación, Obras Públicas y otros. (MIES en el año 2004 corresponde al Ministerio de Bienestar Social).
2. Año 2013 incluye Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Universidades y Politécnicas Públicas, Cruz Roja Ecuatoriana, etc. Año 2004 incluye Junta de Beneficencia de Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Mixtos, Misionales, Universidades, Politécnicas e INNFA.
3. Año 2013 incluye a los establecimientos con fines de lucro, además de un establecimiento de universidades y escuelas politécnicas privadas con fines de lucro. Año 2004 incluye clínicas y hospitales particulares.
4. Año 2013 incluye ONG, fundaciones y pastorales, Aprofe, Cemoplaf, etc. Además dos establecimientos de universidades y escuelas politécnicas privadas sin fines de lucro. Año 2004 incluye instituciones religiosas y particulares.

Fuente: elaboración INEC, Anuario de Estadísticas de Salud 2014.zzz



Gráfica 13

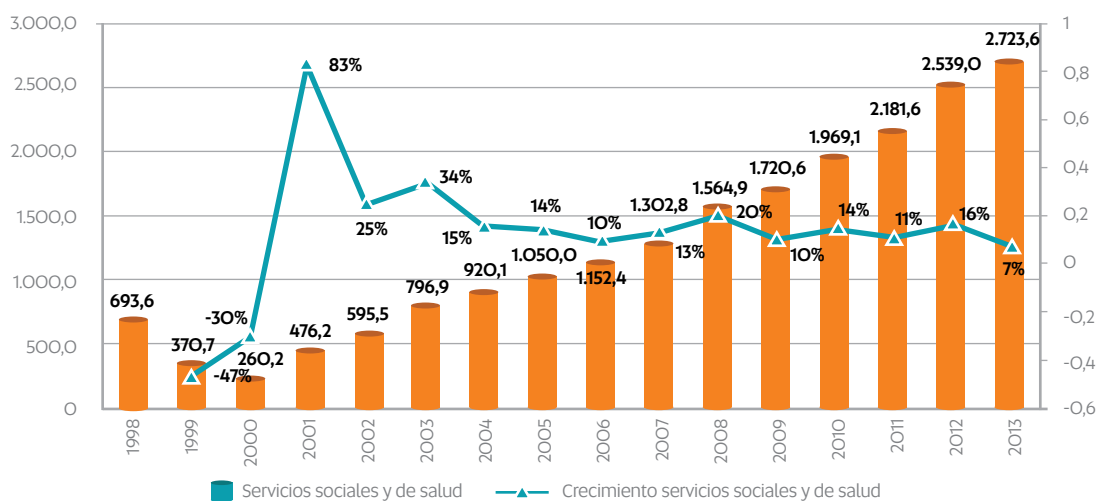
Evolución del Valor Agregado Bruto constante de salud y servicios sociales (en millones de dólares de 2007 y porcentaje de crecimiento)



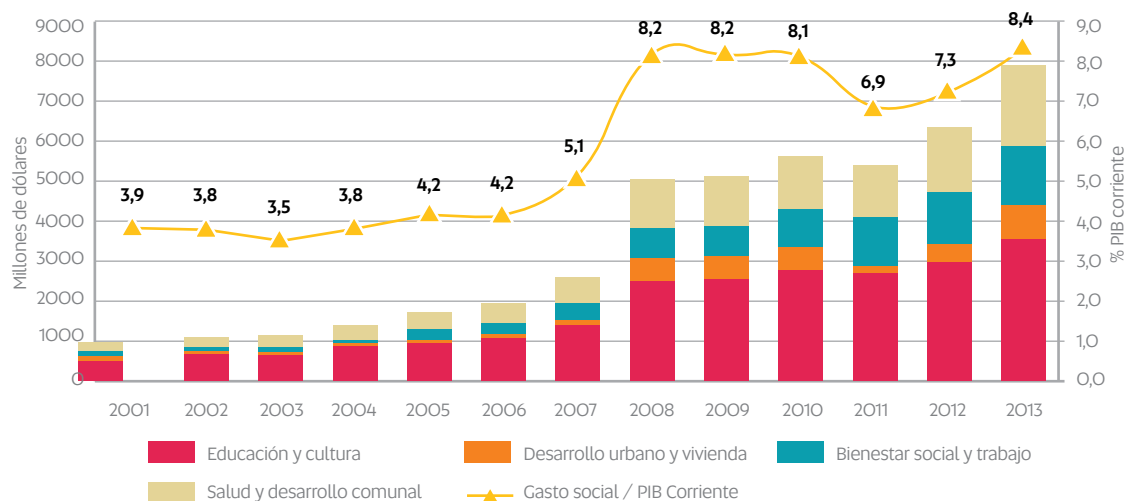
Fuente: elaboración propia con datos del Banco Central del Ecuador.

Gráfica 14

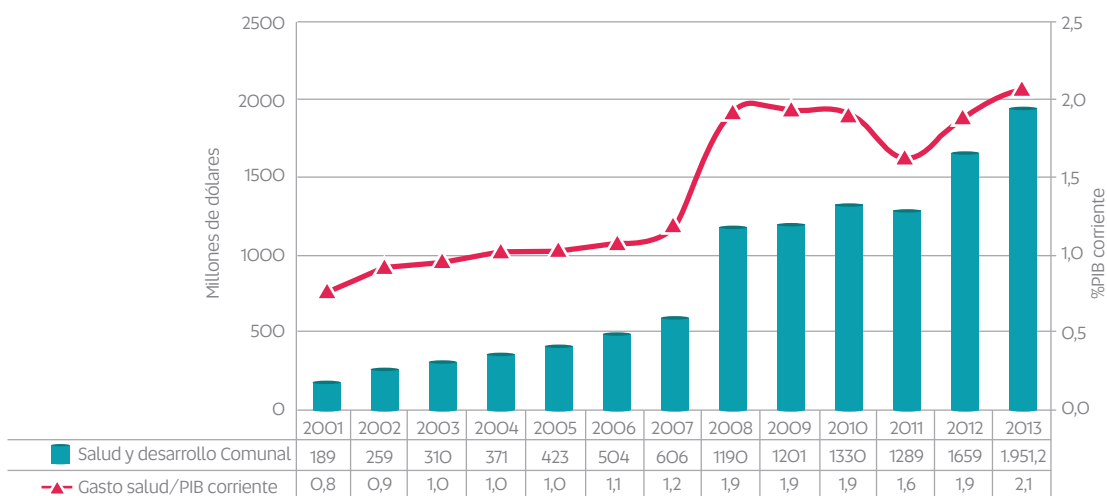
Evolución del Valor Agregado Bruto corriente de salud y servicios sociales (en millones de dólares y porcentaje de crecimiento)



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Central del Ecuador.

Gráfica 15**Evolución del Valor Agregado Bruto constante de salud y servicios sociales**
(en millones de dólares y porcentaje del PIB)

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Central del Ecuador.

Gráfica 16**Presupuesto del gobierno central en salud**
(en millones de dólares y porcentaje del PIB)

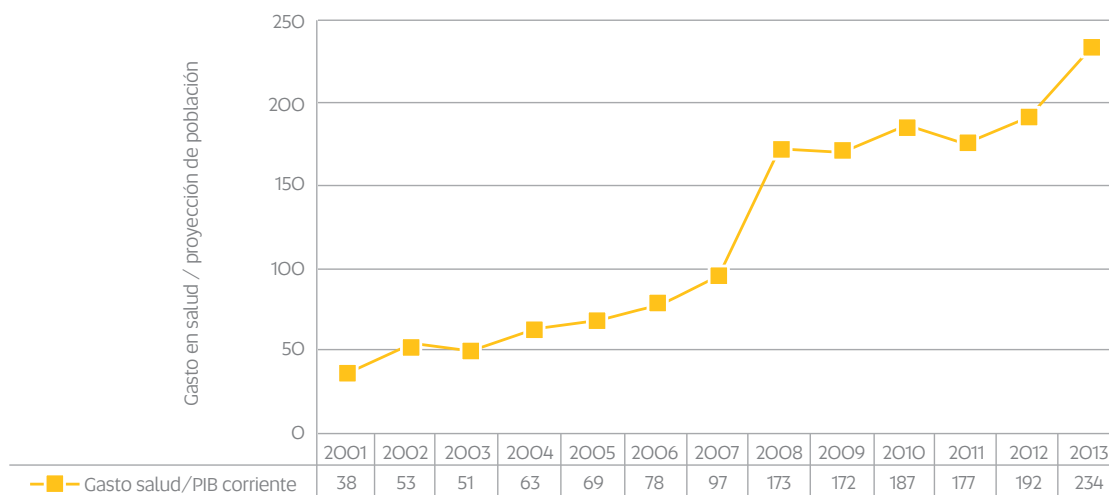
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Central del Ecuador.



Gráfica 17

Gasto en salud y desarrollo comunal per cápita

(gasto total en salud y desarrollo comunal/proyección de población)



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Central del Ecuador e INEC, proyección de población 1990-2010 y 2010-2020.



6

► Índice de tablas y gráficas

Tabla 1.	Agentes de financiamiento del sistema nacional de salud	11
Tabla 2.	Estructura porcentual del gasto de inversión del PGE pagado, por sectoriales, 2008-2013	16
Tabla 3.	Activo total y utilidad neta del sector privado de clínicas y hospitales	18
Tabla 4.	Resultados de los ocho prestadores privados del sector de clínicas y hospitales	19
Tabla 5.	Ranking 2014 por ingresos	22
Tabla 6.	Posición de clínicas y hospitales en el ranking de las 1000 compañías más importantes en 2013	28
Tabla 7.	Grupos económicos vinculados a clínicas y hospitales identificados por el Servicio de Rentas Internas	29
Tabla 8.	Tabla de gasto del sector público por país en Sudamérica, años 1995 al 2013	35
Tabla 9.	Número de Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Obstetrices, Psicólogos, Auxiliares de Enfermería, que trabajan en establecimientos de salud y tasas según regiones y provincias. Año 2013.	36
Tabla 10.	Número de establecimientos de salud con internación y sin internación hospitalaria según entidad a la que pertenecen, Años 2004 y 2013.	38
Diagrama 1.	Estructura del sistema de salud del Ecuador en 2013	8
Gráfica 1.	Gasto en salud por agente de financiamiento (en millones de dólares corrientes)	10
Gráfica 2.	Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud en 2013	11
Gráfica 3.	Gasto en salud per cápita por agente de financiamiento, años 1995 a 2013 (en millones de dólares constantes de 2005)	12



Gráfica 4.	Relación entre el gasto en salud del MSP y del IESS y el número de establecimientos de salud (en millones de dólares corrientes)	13
Gráfica 5.	Gasto en total en salud y gasto del gobierno general por empresa en promedios simples, años 2000 a 2013 (en miles de dólares constantes del 2005)	13
Gráfica 6.	Personal que trabaja en establecimientos de salud según área urbana y rural, año 2013 (porcentaje del total)	14
Gráfica 7.	Gasto en salud del gobierno como % del PIB (porcentaje calculado sobre millones de dólares corrientes)	15
Gráfica 8.	Ingresos operacionales del sector privado de clínicas y hospitales (en millones de dólares)	17
Gráfica 9.	Participación en el ingreso de las actividades del sector privado de clínicas y hospitales en el período 2008-2012	18
Gráfica 10.	Ocho prestadores privados concentran el ingreso en el sector de clínicas y hospitales (en millones de dólares y porcentaje del total)	19
Gráfica 11.	Ingresos de las principales clínicas y hospitales (en dólares americanos)	20
Gráfica 12.	Ganancias o pérdidas acumuladas durante cuatro años (en dólares americanos)	21
Gráfica 13.	Evolución del Valor Agregado Bruto constante de salud y servicios sociales (en millones de dólares de 2007 y porcentaje de crecimiento)	39
Gráfica 14.	Evolución del Valor Agregado Bruto corriente de salud y servicios sociales (en millones de dólares y porcentaje de crecimiento)	39
Gráfica 15.	Evolución del Valor Agregado Bruto constante de salud y servicios sociales (en millones de dólares y porcentaje del PIB)	40
Gráfica 16.	Presupuesto del gobierno central en salud (en millones de dólares y porcentaje del PIB)	40
Gráfica 17.	Gasto en salud y desarrollo comunal per cápita (gasto total en salud y desarrollo comunal/proyección de población)	41

► Notas metodológicas

- ^a Proponemos este indicador de “gasto total por establecimiento” como medida del esfuerzo de financiamiento por clínica u hospital. Su formulación resulta de la relación que existe del gasto para un año determinado y el número total de establecimientos del mismo año: $Y = \frac{G_i}{N_i}$. Como cualquier otro dato *per cápita*, este indicador ignora la desigualdad de la distribución del ingreso.
- ^b En el análisis de los registros de la Superintendencia de Compañías y Valores definimos
- como “sector privado de clínicas y hospitales” a la Sección “Q” (servicios sociales y relacionados con la salud humana) del CIIU Rev.4 (ver siguiente nota).
- ^c Las actividades contenidas por el sector de clínicas y hospitales que utilizamos en estas gráficas son resultado de la información de la Superintendencia de Compañías y Valores, que para nuestros fines hemos organizado según las siguientes agrupaciones de Clases y Descripciones del CIIU Rev.4:

Categorías de salud	Agrupaciones de clases y descripciones del CIIU Rev.4
Actividades de hospitales	“actividades de hospitales” (Q8610.O)
Actividades de médicos y odontólogos	“actividades de médicos y odontólogos” menos “medicina prepagada” (Q8620.O - Q8620.O6)
Medicina prepagada	“medicina prepagada” (Q8620.O6)
Laboratorios, bancos de sangre y otros servicios auxiliares de salud	Otras actividades de atención de la salud humana (Q8690)
Otras actividades y asistencia social sin alojamiento	“actividades de atención en instituciones para personas con retraso mental, enfermos mentales y toxicómanos” más “actividades de asistencia social sin alojamiento para personas de edad y personas con discapacidad” (Q8720 + Q8810)

