

**SALUD INC.**

**Monopolio, ganancia y asimetrías de la  
información en el aseguramiento privado de la salud  
en el Ecuador**

**Pablo Dávalos A.**

**Mayo, 2016**

# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Medicina Pre-pagada y sistema de salud en el Ecuador</b> .....	<b>6</b>
Banco Mundial y Sistema Nacional de Salud. ....	7
Segmentación y autarquía en el sistema de salud ecuatoriano. ....	10
La medicina pre-pagada: un mercado creado ex profeso.....	12
Ciclo político, ciclo económico y medicina pre-pagada 2007-2015: consumo e inequidad. ....	18
El ciclo político de la economía. ....	20
Externalidades y sector público en salud. ....	22
Régimen contributivo obligatorio y aseguramiento privado en salud.....	22
<b>Dinámicas socio-económicas y sociodemográficas del aseguramiento en salud en el Ecuador</b> .....	<b>31</b>
<b>El mercado de la medicina pre-pagada en el Ecuador</b> .....	<b>45</b>
Las empresas de la medicina pre-pagada en Ecuador. ....	49
Servicios y tarifas de las empresas de medicina pre-pagada.....	50
Aseguradoras de vida y salud.....	55
<b>Microeconomía de la medicina pre-pagada en el Ecuador: concentración de mercado e Índice HHI</b> .....	<b>57</b>
<b>Economía política de la salud pre-pagada en el Ecuador</b> .....	<b>66</b>
El caso de Salud S.A. y el Grupo Futuro.....	70
Grupos económicos y lógicas de acumulación.....	78
<b>Conclusiones</b> .....	<b>81</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>86</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>88</b>

## Introducción

Los estudios sobre la medicina pre-pagada en Ecuador son escasos y acotados a ámbitos específicos, como, por ejemplo, estudios de mercado, estudios de demanda para determinada empresa, modelos de gestión y finanzas, entre otros. Una visión desde la economía política hacia un sector fundamental de la economía ha sido una tarea postergada hasta el momento. No obstante, la importancia de la medicina pre-pagada es fundamental para comprender todo el sistema de salud en el Ecuador.

La industria del aseguramiento privado en salud no es una industria al lado de otras actividades económicas privadas, como clínicas, hospitales, laboratorios o farmacéuticas, sino que se ubica en el centro de toda política de salud, porque articula modelos de atención integral en salud al tiempo que crea coberturas de protección en salud a la población y, en ese sentido, comparte el mismo espacio de cobertura y alcance de las políticas públicas del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Si lo que está en juego es la totalidad del sistema de salud, entonces la comprensión de las dinámicas de la medicina pre-pagada se convierte en la clave para descifrar la cuestión del porqué el Ecuador, a pesar de todos los cambios institucionales que ha realizado en las últimas décadas, no tenía hasta el año 2016 un coherente y único sistema nacional de salud.

El estudio de la medicina pre-pagada y de las modalidades que asume el aseguramiento privado en salud es un estudio interdisciplinario que involucra varias dimensiones teóricas: la economía de la información y los conceptos derivados de ella (como las asimetrías de la información, el riesgo moral y la selección adversa), la economía institucional (en especial la economía del contrato, el cálculo del riesgo y la incertidumbre), la microeconomía del sector, las dimensiones de la economía política y las relaciones de poder que se articulan y definen desde esta industria, entre otros aspectos.

Es necesario destacar que la medicina pre-pagada es una industria que nace y se constituye desde el riesgo y la incertidumbre, y que, por tanto, los necesita de manera consistente y sistemática. Un sistema de salud pública sólidamente estructurado, con instituciones definidas, con recursos adecuados y con canales establecidos, reduce la incertidumbre de las personas con respecto a su estado de salud, porque saben que tendrán un sistema de salud pública que los respalde de forma eficiente, confiable, segura y rápida cuando lo necesiten.

Más, si esas circunstancias no existen, entonces las personas buscarán la forma de protegerse de los riesgos y las amenazas a su estado de salud y bienestar personal por fuera de la institucionalidad pública. Es ahí cuando entra en juego la industria del aseguramiento privado en salud. De ahí que la hipótesis fundamental del presente estudio es que mientras el sistema de salud ecuatoriano se mantenga fragmentado en unidades autárquicas, con débil regulación nacional, sin protocolos establecidos de forma homogénea, sin carrera sanitaria, y altamente segmentado, entonces se crean las condiciones necesarias para la consolidación y expansión del mercado del aseguramiento privado en salud. En otras palabras, mientras exista una floreciente

industria de la medicina pre-pagada, será muy difícil que el Ecuador pueda contar con un sistema nacional de salud pública.

De todas las industrias del sector de la salud, aquella que altera de manera más profunda los marcos institucionales del sector es, precisamente, la industria del aseguramiento privado en salud, porque actúa al interior de los marcos institucionales que determinan y conforman el sistema de salud. Mientras que las farmacéuticas, los laboratorios, las clínicas privadas o las distribuidoras de productos médicos y farmacéuticos se mueven en canales institucionales ya trazados, y el objetivo de su negocio se define a través de productos y servicios establecidos, en la medicina pre-pagada el contrato es la figura institucional que define los parámetros del precio de la tarifa; por ello este sector necesita de un marco institucional específico.

El objetivo fundamental del presente estudio es comprender las dinámicas generales y particulares del mercado del aseguramiento privado en salud: las empresas que lo conforman, los servicios que prestan, los grados de concentración y centralización del capital, las asimetrías de la información, la externalización de externalidades negativas, la vinculación con otros grupos económicos con poder de dominancia de mercado, la génesis del sector, los marcos institucionales que ha creado, entre los procesos fundamentales. Se trata de comprender esas dinámicas y situarlas al interior de las políticas públicas que forman el contexto y el entorno histórico en el cual se desarrolla este mercado del aseguramiento privado en salud.

Los estudios de concentración, centralización y acumulación de capital en el sector de la salud se han ido multiplicando en los últimos años. Sin embargo, es necesario indicar que no existe, hasta el momento, un estudio detallado del sector de la medicina pre-pagada en el Ecuador, aunque es de señalar que existen varias investigaciones, sobre todo tesis universitarias, sobre las empresas del subsector de la medicina pre-pagada<sup>1</sup>.

De otra parte, es necesario establecer una vinculación de los conceptos que la economía utiliza para comprender las dinámicas del aseguramiento privado en salud, sobre todo aquellos conceptos de la economía de la información como la aversión al riesgo, las asimetrías de la información, el riesgo moral y la selección adversa, con la economía de los contratos, la política económica, la economía política y la microeconomía.

En efecto, la teoría económica ha desarrollado un amplio instrumental teórico para comprender los mercados de seguros en salud. Uno de los conceptos más importantes que se ha propuesto, y que se retoma en la presente investigación, es el denominado Teorema Rothschild-Stiglitz, que establece la conveniencia de un sector público de seguridad social obligatoria conjuntamente con un sector privado que pueden derivar hacia un mercado de equilibrio óptimo. De ahí que la industria de la medicina pre-pagada sea un excelente campo de análisis para vincular todas estas dinámicas teóricas.

El presente estudio integra la industria de la medicina pre-pagada dentro de un conjunto de empresas privadas en el negocio de la salud. Es significativo comprender,

---

<sup>1</sup> Ver, por ejemplo, Niama, 2013; ver también Sandoval Atapuma, *Modelo de gestión de la cartera para las empresas de medicina prepagada de Quito*, 2015.

dentro de ese mercado privado de la salud, el espacio que ocupa la industria de la medicina pre-pagada. En el Ecuador, el sector privado de la salud tiene seis grandes subsectores que, en conjunto, registran 323 empresas, con un volumen de ventas, para el año 2014, de 6.524 millones de USD<sup>2</sup>. La cifra tiene que ver con el volumen global de negocios de cada una de las industrias en el sector privado de la salud.

Los subsectores que se ha identificado son los siguientes:

- el subsector de clínicas-hospitales y servicios de salud, que registra 62 empresas con un volumen de ventas, para el año 2014, de 696.4 millones de USD;
- el subsector de comercio al por mayor de instrumentos, materiales médicos y quirúrgicos, que registra 58 empresas con volumen de ventas, para el año 2014, de 559.3 millones de USD;
- el subsector del comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales que consta de 115 empresas, con un volumen de ventas de 3.021,8 millones de USD;
- el subsector de farmacias registra 29 empresas con un volumen de ventas, a 2014, de 914,1 millones de USD;
- el subsector de la industria farmacéutica registra 36 empresas con un volumen de ventas de 882,2 millones de USD;
- el subsector de medicina pre-pagada y seguros de salud registra 24 empresas con un volumen de ingresos, a 2014, de 446,8 millones de USD (EKOS Negocios, 2016).

Se excluyen de esta clasificación los servicios de medicina otorgados por consultorios privados, casas asistenciales y hogares de residencia para adultos mayores, así como las empresas con un volumen de negocios inferior a 1.5 millones de USD, entre otros.

En el siguiente cuadro pueden verse cada uno de los subsectores y su importancia económica medida por ventas al año 2014.

---

<sup>2</sup> Los cálculos se han elaborado en función de los datos registrados en EKOS Negocios, 2016. En Anexos se presenta el detalle de cada una de las empresas de los subsectores, con su estructura de ingresos por ventas, para el año 2014.

**Tabla 1**  
**Subsectores del sector privado de salud.**

Subsectores del sector privado de salud	No. de empresas	Ingresos por ventas (en millones de USD)	% de participación en el mercado de la salud
Clínicas, hospitales y servicios de salud	62	696,4	10,6
Comercio al por mayor de instrumentos, materiales médicos y quirúrgicos	58	559,3	8,5
Comercio al por mayor de productos farmacéuticos y medicinales	115	3.021,8	46,3
Farmacias	29	914,1	14,1
Industria farmacéutica	36	882,2	13,5
Medicina pre-pagada y seguros de salud	24	449,9	6,8
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>6.523,7</b>	<b>100</b>

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

La industria de la medicina pre-pagada, a su vez, está conformado por 24 empresas, que en el año 2014-2015 tuvieron una facturación de 449,9 millones de USD. Es un sector con un alto grado de concentración de capital; de hecho, las cinco empresas más grandes controlan el 69,6% de todos los ingresos del sector, y una sola empresa tiene acceso al 30,6% de ingresos de todo el sector. Las diez empresas más grandes de este subsector concentran el 89,7% de los ingresos de todo el subsector (EKOS Negocios, 2016).

El mercado del subsector de la medicina pre-pagada está estimado, según la encuesta ENSANUT, en 713.424 personas para el año 2015, y según las proyecciones del Censo de Población y Vivienda del INEC, en 1.008.531 (MSP Ministerio de Salud Pública, 2013). Para la presente investigación se tomará como referencia el dato del MSP y la encuesta ENSANUT 2012.

Como puede apreciarse, es un sector económicamente importante y se estructura al interior de dinámicas de mercado, en el cual convergen los intereses no solamente de las empresas de la salud, sino otros monopolios horizontales y verticales. Es el caso, por ejemplo, del grupo Futuro S.A., dueño de la empresa más poderosa del sector de servicios de medicina pre-pagada, pero también con posiciones de monopolio en la industria del turismo y en la industria de los seguros.

La intención de esta investigación es llamar la atención sobre este sector que, hasta el momento, goza de un amplio margen de maniobra, gracias a que su regulación es demasiado laxa.

Con esta investigación se pretende contribuir al análisis sectorial de la economía ecuatoriana desde un enfoque interdisciplinario, con un énfasis en la economía política. Los resultados son provisionales, pero las hipótesis planteadas mantienen su vigencia en virtud de su construcción y demostración teóricas.

## Medicina Pre-pagada y sistema de salud en el Ecuador

El aseguramiento privado en salud, en tanto que actividad empresarial, empieza en el Ecuador en el año 1978 con la creación de la empresa Ecuasanitas; en los años ochenta del siglo XX se crean tres nuevas empresas de talla más bien modesta: Mediken, Inmedical y Laboratorio Clínico Arriaga; sin embargo, es en los años noventa, como consecuencia de las reformas institucionales neoliberales adoptadas desde el año 1993, al tenor de las recomendaciones de las multilaterales de crédito, en especial el FMI, el BID y el Banco Mundial, que se liberaliza el sector salud y se produce la expansión del mercado del aseguramiento privado en salud.

En efecto, en ese periodo se crean las empresas Salud S.A. (en 1993), Humana S.A. (en 1994), Interlab (en 1996) y BMI Ecuador (en 1997), que se constituirán, de hecho, en las empresas más grandes del sector. A partir de la dolarización de la economía en el año 2000, se produce una segunda expansión del sector; de hecho, más de la mitad de las empresas del sector se crearon, justamente, a partir de la dolarización de la economía, y el mercado se incrementó de aproximadamente 300 mil clientes en el año 1998 a más de un millón en el año 2015.

El primer marco jurídico que se creó para su regulación es la *Ley que regula el funcionamiento de las empresas privadas de salud y la medicina prepagada*<sup>3</sup>. Este marco jurídico no establece más responsabilidades de la empresa hacia su cliente que aquellas que constaban ya en los respectivos contratos privados de aseguramiento. Tampoco establece ninguna relación con el sistema nacional de salud, ni plantea responsabilidades extras a las empresas, sobre todo en caso de incumplimientos de las aseguradoras. Su capacidad sancionatoria es débil y no tiene mayor capacidad regulatoria. El objetivo de esta ley es crear un marco jurídico general a una situación de hecho, que se expresaba a esa fecha por la existencia de varias empresas de aseguramiento privado en salud que actuaban sin un marco regulatorio común y que, más bien, establecían las condiciones contractuales desde su propia visión de negocios.

De acuerdo a los considerandos de esta misma Ley, se establece que, a esa fecha (1998), la medicina pre-pagada contaba ya con un mercado de 300 mil afiliados, lo que es indicativo del desarrollo y auge del sector. Esta ley, de otra parte, establece los requisitos mínimos de entrada al mercado para las empresas de medicina pre-pagada, sobre todo los reajustes al mínimo de capital requeridos para operar. Hasta el año 2016, cuando la Asamblea Nacional decide expedir una nueva ley para la medicina pre-pagada, las empresas de medicina pre-pagada se rigieron por la ley de 1998.

Para comprender la lógica y el desarrollo del sector del aseguramiento privado en salud, y el hecho de que un débil, segmentado y fracturado sistema de salud se convirtió en el mejor escenario para el desarrollo de la medicina pre-pagada, es necesario comprender algunos elementos básicos de ese contexto.

---

<sup>3</sup> Registro Oficial No. 12, del 26 de agosto de 1998.

## **Banco Mundial y Sistema Nacional de Salud.**

El marco institucional en el que operan todas las empresas es fundamental para su desempeño económico. Hay una relación directa entre las estructuras institucionales del intercambio, los costos de transacción, los contratos y los precios como información. La economía, sobre todo en su vertiente neoclásica, ha creado importantes marcos teóricos para comprender esa relación entre instituciones, precios relativos, intercambios, contratos y desempeño económico en la teoría del neo-institucionalismo económico. Para esta teoría, las instituciones son las reglas de juego que estructuran los incentivos del intercambio y reducen la incertidumbre, provocan el cambio social de forma incremental, y establecen las condiciones de posibilidad para todo intercambio (North, 1993).

En ese sentido, y en virtud de que el precio de los servicios de la medicina prepagada está señalado en los contratos y que es un sector que posee altos costos de transacción, es necesario comprender el entramado institucional y la economía de los contratos subyacentes al sector del aseguramiento privado en salud para comprender su desarrollo, expansión y consolidación.

Es necesario indicar que, en el Ecuador, los marcos jurídicos que estructuran el desempeño económico de las instituciones tuvieron una importante influencia desde las instituciones multilaterales de crédito, especialmente el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), sobre todo desde mediados de los años ochenta. En efecto, estas instituciones se convirtieron en actores claves para llevar adelante profundos y radicales cambios institucionales particularmente en el Ecuador, y en América Latina en general.

En el caso ecuatoriano, desde estas instituciones, pero en especial desde el Banco Mundial, se posibilitó la creación de una arquitectura específica que albergó los diferentes procesos de reforma institucional en el Consejo Nacional de Modernización (CONAM), creado a fines del año 1993 con la Ley de Modernización del Estado.

Esas transformaciones institucionales eran correlativas y complementarias a las políticas de ajuste macroeconómico que, de su parte, llevaba adelante el Fondo Monetario Internacional (FMI). El objetivo estratégico de esos cambios institucionales era lograr transformaciones jurídicas que permitan el desarrollo, consolidación y expansión de los mercados en la sociedad, como alternativas de regulación al Estado.

En el caso del sector salud, el Banco Mundial intervino durante la década de los noventa e inicios del año 2000 con dos proyectos básicos: el proyecto FASBASE, aprobado en 1992 por un monto de 102.2 millones de USD, y concentrado en las áreas de salud, saneamiento y administración pública (World Bank, Projects and Operations, 2016)<sup>4</sup>; y el proyecto MODERSA, que se aprobó en el año 1998 por un monto de 45

---

<sup>4</sup> “En 1993 se creó el Consejo Nacional de Modernización del Estado (CONAM) y en 1994 se estableció la Comisión de Reforma de la Seguridad Social. Durante ese mismo año el MSP (Ministerio de Salud Pública) inició la ejecución del proyecto FASBASE (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud) y se realizó el primer taller de RSS (Reforma al Sector Salud) en el que se acordó el ‘Acta de Cumbayá’ que estableció compromisos institucionales para impulsarla, creándose a continuación la Comisión Bi-Ministerial (Salud y Bienestar Social) de RSS... A finales del 2004, la Comisión Bi-Ministerial apoyada por el FASBASE, entregó la propuesta de RSS a las nuevas autoridades del MSP y el CONAM



millones de USD, y que por su importancia en la definición de las reglas de juego para el sector salud y para el aseguramiento privado en salud, es necesario resaltarlo en sus objetivos:

“This project aimed at supporting a reform process in the health sector both at the macro level –regulatory framework– and the micro level –decentralized services and semi-autonomous hospitals. Most of the key reforms at the macro level were implemented successfully” (World Bank, IMPLEMENTATION COMPLETION AND RESULTS REPORT FOR A HEALTH SERVICES MODERNIZATION PROJECT, 2007, p. 13)<sup>5</sup>.

[Este proyecto estuvo dirigido a apoyar un proceso de reforma en el sector salud, tanto en el nivel macro –el marco regulatorio– como en el nivel micro –servicios descentralizados y hospitales semiautónomos–. La mayoría de las reformas claves en el nivel macro fueron implementadas exitosamente. TdE]

La estrategia del Banco Mundial, a través del proyecto MODERSA, se concentraba en dos ejes básicos: (i) lograr cambios institucionales que definan un conjunto de nuevas reglas de juego para los operadores privados del sector de la salud; y, (ii) consolidar los procesos de descentralización de la salud hacia los gobiernos regionales (provincias y cantones), en especial los municipios, como una estrategia complementaria a la privatización y desregulación.

La descentralización y las nuevas leyes permitían armonizar la política económica de ajuste fiscal, privatización y reducción del tamaño del Estado, con reformas institucionales que eviten a largo plazo la presión fiscal y permitan el desarrollo y expansión de los mercados privados en sectores en los cuales su desarrollo había sido mínimo. Para el FMI, la “presión fiscal” era la causante de los desequilibrios internos que provocaban desequilibrios en la balanza de pagos y en la inflación, por lo que era necesario una disciplina fiscal que regule y controle esa presión fiscal<sup>6</sup>.

---

(Consejo Nacional de Modernización) publicó la propuesta de Reforma a la Seguridad Social, donde se planteó la privatización del sistema de pensiones y la creación de un sistema de seguridad social con base en un modelo mixto, público-privado. Esta propuesta fue rechazada por la mayor parte de las fuerzas sociales y políticas del país, llegando posteriormente a ser negada en el plebiscito de noviembre de 1995” (OPS, 2008: 33).

<sup>5</sup> En el año 2006, la Contraloría General del Estado ecuatoriano realizó una auditoría al proyecto MODERSA. Entre sus principales conclusiones constan las siguientes : Consideramos que el objetivo primordial del Proyecto que es “Contribuir a expandir y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios, desarrollando nuevos modelos de organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud en las provincias y municipios seleccionados en el Ecuador”; así como, los objetivos de desarrollo básicos propuestos como “La reforma del sector salud mediante la modernización de los servicios hospitalarios”; “La descentralización de estos servicios”; y, “La implantación del Sistema Nacional de Salud para mejorar el acceso de la población pobre a los servicios de salud e incrementar la equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones materno infantiles”; NO SON PROBABLES que se cumplan (sic). (CONTRALORIA GENERAL DEL ESTADO, 2006: 4).

<sup>6</sup> Para el FMI, el incremento del gasto público es susceptible de crear inflación, volatilidad de la economía, crowding-out (efecto desplazamiento) del sector privado, incertidumbre y fuga de capitales. En consecuencia, el FMI plantea reducir al mínimo nivel todo gasto público. A esa reducción del gasto público, el FMI la denomina “responsabilidad fiscal”. El FMI propone metas de reducción de gasto

Al efecto, el FMI propuso las denominadas “reglas” macro-fiscales que ponían límites a la expansión del gasto público<sup>7</sup>. Sobre esos límites se trataba de transferir gastos fiscales considerados imprescindibles, sobre todo en salud y educación, hacia los gobiernos municipales; estos, a su vez, se convertían en los árbitros entre el sector privado, considerado como proveedor de servicios, y la sociedad, considerada como cliente del sistema. De ahí nace la concepción de que en la salud, independientemente de que el sector sea público o privado, todos los usuarios son clientes y, por tanto, conforman la demanda de servicios de salud, mientras que todos los que satisfacen esa demanda se consideran como oferta de servicios de salud, incluido el Estado.

Con ese propósito, el Banco Mundial consideró pertinente una estrategia de cambio institucional orientada a la desregulación de los mercados, el reconocimiento de los derechos de propiedad a los sectores que habían sido privatizados, una apertura global de la economía, flexibilización en los mercados de capital y de trabajo y, principalmente, descentralización. En consecuencia, para el Banco Mundial era importante crear nuevas reglas de juego que sintonicen y armonicen los cambios económicos que la sociedad estaba experimentando en ese entonces; de ahí la importancia del proyecto MODERSA.

En efecto, en la Estrategia Asistencia País (CAS) que el ex Presidente ecuatoriano Lucio Gutiérrez suscribió en el año 2003 con el Banco Mundial, puede leerse lo siguiente:

“The objective of Modersa is to support health sector reform and the construction of the National Health System... The project components support the development of the legal and judicial framework, decentralization of the health system, hospital modernization... One of the main success of the project to date is Congress’ approval in 2002 of the Organic Law of the National Health System.” (World Bank, COUNTRY ASSISTANCE STRATEGY FOR THE REPUBLIC OF ECUADOR, 2003, p. 72).

[El objetivo de MODERSA es el apuntalamiento de la reforma del sector salud y la construcción del Sistema Nacional de Salud... Los componentes del proyecto apoyan el desarrollo del marco legal y judicial, la descentralización del sistema de salud, la modernización hospitalaria... Uno de los principales éxitos del proyecto hasta la fecha es la aprobación por parte del Congreso, en 2002, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. TdE].

Esto significa que la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el año 2002 y vigente hasta 2016, en realidad formaba parte de una estrategia del Banco Mundial.

---

público en el mediano y largo plazo. Toda presión por encima de esas metas se denomina “presión fiscal”. Ver James, Davis, Fouad, & Van Rijckeghem, 2006.

<sup>7</sup> Las reglas fiscales son un conjunto de disposiciones reglamentarias que controlan el crecimiento del gasto público. Las más importantes son: (i) los límites de crecimiento del gasto público y la meta del superávit global del Estado; (ii) la segmentación del gasto del Estado en gasto corriente, gasto de inversión y gasto de capital, y la obligatoriedad legal de que el gasto corriente sea financiado exclusivamente con tributación interna; (iii) los límites de deuda pública; (iv) la autonomía del Banco Central. Al cumplimiento de las reglas fiscales, el FMI lo denomina “transparencia fiscal”. Ver FMI, 2007.

Puede apreciarse el rol cumplido por las multilaterales de crédito, en especial el Banco Mundial, para crear el marco institucional adecuado para el funcionamiento del mercado. Al contrario de lo que suele creerse con respecto al neoliberalismo, que supuestamente opondría de forma radical Estado y mercado, en realidad la propuesta neoliberal es más compleja, y plantea una especie de imbricación entre Estado y mercado, en donde el Estado es fundamental para el funcionamiento, consolidación, expansión y fortalecimiento del mercado.

En el caso del aseguramiento privado en salud, la intervención del Banco Mundial para debilitar al Estado y, en particular, al MSP, al tiempo que proponía la privatización de la seguridad social y el desarrollo del mercado del aseguramiento privado en salud, fue fundamental para la consolidación y expansión de este sector. Sin embargo, un mercado de aseguramiento privado en salud tiene mayores posibilidades de expansión en contextos de un Estado con débil regulación y sistemas de salud altamente segmentados y fragmentados. La ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que se aprobó en el año 2002, a instancias del Banco Mundial y del proyecto MODERSA, debilitó al sistema nacional de salud y coadyuvó a su dispersión y fragmentación.

### **Segmentación y autarquía en el sistema de salud ecuatoriano.**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, del año 2002, no ayudó a conformar un sistema coherente, armónico y articulado de salud pública, sino más bien contribuyó a su desarticulación, segmentación, fragmentación y vulnerabilidad. De hecho, esta ley, en su Art. 7, reconocía hasta 17 integrantes del Sistema Nacional de Salud, entre ellos el MSP, el IESS (seguridad social del sector formal de la economía), ISSFA (seguridad social del personal de las Fuerzas Armadas), ISSPOL (seguridad social del personal de la policía), Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, Cruz Roja Ecuatoriana, Municipios, ONG, fundaciones, iglesia católica, organizaciones gremiales relacionadas con el sector, empresas privadas, etc. Todos ellos deberían funcionar de manera “desconcentrada, descentralizada y participativa” (Art. 9), y ser coordinados por el MSP y el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

La proliferación de instituciones en el sector salud, en donde todas tienen la capacidad de elaborar políticas públicas en salud, crea condiciones de autarquía institucional, en las cuales cada institución que forma parte del sistema tiene amplios grados de libertad. Se segmentó aún más el sector de la salud y se debilitó la capacidad estatal de regulación, control y coordinación. El rol del Estado se redujo, precisamente, en los términos que el Banco Mundial había especificado<sup>8</sup>. El MSP, de su parte, asumía

---

<sup>8</sup> Para A. Laurell, la doctrina del Banco Mundial en salud determina roles específicos para el gobierno y el mercado : “En este planteamiento sólo le corresponde al gobierno hacerse cargo de:

- la producción de los bienes públicos en sentido restrictivo;
- algunas acciones dirigidas al individuo con grandes externalidades, o sea, que implican beneficios colectivos más allá del individuo atendido;
- medidas regulatorias y de información para contrarrestar las imperfecciones del mercado;
- algunas acciones con alto rendimiento de costo-beneficio para aliviar la pobreza crítica.

Estas responsabilidades corresponden estrictamente a aquello que es justificable dentro de la doctrina

el rol de control, sanción y rectoría, como Autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud del año 2006.

Este contexto determina que en el Ecuador existan al menos tres grandes instituciones de salud que tienen sus propias reglas de juego:

- El MSP, como autoridad sanitaria nacional, y los gobiernos regionales (a nivel provincial y municipal);
- El sistema de seguridad social (IESS, Seguro Social Campesino, ISSFA, ISSPOL);
- El sector privado de la salud, incluyendo ONG y fundaciones sin fines de lucro.

Existen una serie de instituciones que orbitan alrededor de estas tres instituciones, y que generan traslapes, duplicaciones y yuxtaposiciones; por ejemplo, el caso de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), institución privada sin fines de lucro dedicada al tratamiento y cura de enfermedades oncológicas. Pese a que recibe asignaciones directas del Estado central, el gobierno no forma parte de su directorio ni tiene capacidad alguna para definir sus políticas.

Esto caracteriza al sistema de salud ecuatoriano como un sistema segmentado, fragmentado y sin coordinación efectiva entre los elementos que lo integran. En el sistema de salud del Ecuador, según Madies et al., existe una “profunda falta de integración entre los distintos subsectores” que acentúan la discriminación y el acceso a la salud de la población vulnerable (Madies, Chiaverti, & Chorny, 2000, p. 39)<sup>9</sup>.

La segmentación del sistema de salud en el Ecuador creó varias externalidades en el sector. En primer lugar, impidió la puesta en marcha de un efectivo sistema nacional de salud, en el cual las instituciones que lo conforman estén coherentemente articuladas. En efecto, hasta el año 2016 el Ecuador carecía de una carrera sanitaria para el personal de salud, y también de un sistema de protocolos de salud, entre otros aspectos.

En segundo lugar, estableció una lógica de integración y exclusión alrededor de la salud. La segmentación del sector provocó el apareamiento de un sector privado con economías de escala, sobre todo en clínicas, hospitales y servicios de salud privados, mayores que la del sector público. Al incorporar la lógica empresarial al sector salud, cambió los referentes de atención, prevención, cuidado y tratamiento. La lógica empresarial provocó una asimetría entre el sector público y el sector privado de salud. En la lógica empresarial, la dialéctica salud/enfermedad es una mercancía sometida a

---

neoliberal ya que son tareas que los privados no pueden o quieren asumir” (Laurell, 2011: 2).

<sup>9</sup> Para Ruth Lucio et al., el sistema de salud en el Ecuador solamente estaría conformado por dos sectores : el estatal y el privado. Estos autores adscriben al sector público todo el sistema de seguridad social, aunque las leyes existentes en el Ecuador determinan su autonomía con respecto al sector público (Lucio, Villacrés & Henríquez, 2011). En un estudio de la OPS también se reconoce la dualidad público/privada; sin embargo, en el mapeo institucional de la salud en el Ecuador, la OPS reconoce cinco sectores en la salud : Gobierno Central (MSP), Instituciones de seguridad social, Gobierno provincial, Gobierno municipal, aseguradoras privadas y proveedores privados (OPS, 2008, 31).

criterios de maximización de utilidad y expansión de mercado. El sector público no tenía ninguna capacidad de disputar ese mercado. De esta manera, aquellos sectores sociales de mayores ingresos económicos tenían acceso a los servicios de salud privados y entraban en la lógica de diferencias de economía de escala, en donde el sector privado supuestamente era más eficiente, mientras que la población más pobre tenía que remitirse a los servicios públicos de salud, más ineficientes.

El sector privado de la salud utilizó la lógica de los precios para excluir a los sectores más pobres del acceso a clínicas, hospitales y atención médica privados. El sector público, de su parte, no tenía los recursos suficientes para atender las necesidades de salud de su población.

En tercer lugar, permitió que los actores privados del mercado de la salud tengan la posibilidad de crear sus propias reglas de juego, amparados en el discurso de la eficiencia y en la lógica de las asimetrías de las economías de escala entre sector público y sector privado.

Fueron estos factores los que contribuyeron al desarrollo y consolidación del sector de la medicina pre-pagada en el Ecuador.

### **La medicina pre-pagada: un mercado creado ex profeso.**

Las decisiones de disciplina fiscal en política económica que se mantuvieron desde mediados de los años ochenta, inclusive hasta el año 2006, congelaron el presupuesto gubernamental en salud en un promedio de alrededor del 0,9% del PIB desde el año 1990 hasta el año 2006 (Banco Central del Ecuador, 2016); sin embargo, el PIB tuvo una tasa anual promedio de crecimiento de 3,1% en la década 1990-1999, y del 4,3% para el periodo 2001-2007 (Banco Central del Ecuador, 2016); y, además, hubo una tasa de crecimiento poblacional de 2,0% para la década de los años noventa, y del 1,95% para la siguiente década (Villacís & Carrillo, 2012).

Ahora bien, el crecimiento del PIB significaba un crecimiento del ingreso y de la capacidad de consumo de los hogares. En efecto, en términos macroeconómicos el consumo de los hogares creció a un promedio del 4,1% anual entre 1990 y 1998, un año antes de la crisis de 1999-2000, y 5,2% promedio anual en el periodo 2001-2007. Para que se tenga una idea, el consumo de hogares creció en términos constantes (es decir considerando la inflación y en dólares de 2007) de 19,3 mil millones de USD en el año 1990, a 33.2 mil millones de USD en el año 2007 (Banco Central del Ecuador, 2016). Sin embargo, el consumo de hogares está sometido a inequidades y a una injusta distribución del ingreso. Si el quintil superior capta el 49,1% del consumo y el quintil inferior el 5,96%, de acuerdo a los datos del año 2006, entonces, su capacidad de consumo sería también diferenciada. Para el año 2007, por ejemplo, la capacidad de consumo del quintil más rico habría sido de 16.3 mil millones de USD, mientras que la capacidad de consumo del quintil más pobre habría sido de 1.97 mil millones de USD.

Esto significaba que a medida que la población crecía y el PIB también crecía, al igual que el consumo de los hogares, el gasto estatal en salud, en cambio, se estancaba. Los diferentes gobiernos se amparaban en el discurso de la disciplina y la transparencia fiscal para mantener fijo el gasto estatal en salud. Se creaba de forma ex profeso una

brecha entre la capacidad de atención en salud por parte del Estado y el conjunto de la población. Una brecha que se amplificaba por la desigual distribución del ingreso.

La disciplina fiscal, que fijó el presupuesto para la salud en baremos mínimos, produjo una desarticulación institucional en la capacidad del Estado para prevenir, curar y tratar a su propia población. Se llevó adelante, además, una política de desarticulación institucional que motivaba el despido, la renuncia o las jubilaciones anticipadas del personal médico y paramédico del sector estatal. Se redujeron los salarios del sector y se motivó a que médicos, tratantes y especialistas pasen al sector privado o se conviertan en empresarios de la salud. La falta de presupuesto provocó carencia de medicinas, insumos y tecnologías básicas en las unidades de salud del Estado.

Mientras el sector público de la salud era sometido a un proceso de ajuste económico y desarticulación institucional, el sector privado, en cambio, florecía. Sin embargo, el acceso a los servicios privados de salud estaba marcado por una estructura de precios orientada a excluir de forma intencional a los sectores más pobres de la población.

En efecto, para la población más pobre era imposible acceder a los servicios privados de salud, incluidos aquellos de la medicina pre-pagada. Para el quintil más rico, en cambio, era impensable arriesgar su salud al utilizar los servicios públicos de mala calidad. De esta manera, se habían creado las condiciones sociales, jurídicas, institucionales y económicas para el desarrollo del aseguramiento privado en salud.

Las políticas de ajuste macro-fiscal habían contribuido a desarticular la capacidad estatal en atención en salud, al tiempo que generaban señales de que el sistema de salud estatal era ineficiente, lento, burocratizado. La presencia de sindicatos en el sector público de la salud, que utilizaban la paralización de los servicios como mecanismo de defensa en contra de esas políticas de ajuste, contribuían a esa imagen negativa que, en cambio, se contraponía con la imagen de calidad de servicio, eficiencia y rapidez del sector privado.

Se producía así una asimetría en la percepción de los usuarios del sistema de salud, que se convirtió en una externalidad positiva para las empresas de aseguramiento privado de salud. Sobre esa externalidad positiva, las empresas de aseguramiento privado de salud crearon varios mecanismos de protección de sus intereses privados, que les permitían maximizar su rentabilidad. De esta forma, la fragmentación, segmentación y descoordinación del sistema nacional de salud se convirtió en externalidad positiva para las empresas de medicina pre-pagada.

En consecuencia, puede determinarse que las políticas de reforma estructural, sobre todo aquellas del Banco Mundial, y los cambios institucionales que se implementaron, conjuntamente con la política económica de disciplina fiscal, fueron los que crearon, consolidaron y expandieron el mercado de la salud pre-pagada en el Ecuador. Ese mercado pudo consolidarse gracias a la segmentación y falta de integración del sistema nacional de salud en el Ecuador y a una regulación laxa.

Esto demuestra el hecho de que el mercado de la medicina pre-pagada es una creación *ex nihilo* del neoliberalismo. En efecto, fueron las políticas económicas puestas en marcha en ese periodo, conjuntamente con las reformas institucionales llevadas adelante desde el Banco Mundial, las que crearon las condiciones de posibilidad para la emergencia, constitución y expansión de este mercado.

Como hipótesis contrafáctica puede establecerse el hecho de que si el Estado aumentaba el gasto salud a la misma tasa de crecimiento del PIB y de la tasa de crecimiento poblacional, no se habría creado la brecha de la demanda insatisfecha en salud y, en consecuencia, habría sido muy difícil que el mercado de la medicina pre-pagada haya podido consolidarse y expandirse.

Esas políticas de ajuste y de reforma estructural no solo que crearon la brecha de la demanda insatisfecha, sino que acentuaron la segmentación del sistema de salud y crearon las asimetrías fundamentales entre el sector privado y el sector público de la salud.

Empero, el mercado de la medicina pre-pagada necesita aún del Estado. Es un mercado que nació desde el cobijo del Estado y que necesita del Estado para sostenerse y crecer. Esto puede apreciarse de mejor manera en la coyuntura 2007-2015, cuando cambia la política económica y las empresas de medicina pre-pagada pueden aprovechar de la situación para externalizar uno de los fenómenos económicos más importantes del sector: el riesgo y la incertidumbre.

## **Ciclo político de la economía en el periodo 2007-2015 y medicina pre-pagada**

El mercado del aseguramiento privado en salud está sometido al riesgo de salud de las personas que toman un contrato de medicina pre-pagada en previsión de eventos que puedan afectar a su salud, y la incertidumbre de que esos eventos efectivamente se produzcan. A un nivel de relación contractual de mercado, el asegurador privado desconoce la situación exacta del estado de salud del cliente, mientras que este trata de adquirir el mejor contrato de aseguramiento, que maximice sus previsiones y que esté acorde con su nivel de ingresos.

La economía conoce a este fenómeno como “selección adversa” y se produce porque una de las partes de la transacción tiene alguna información que la otra parte desconoce y que es fundamental para definir el costo real de esta transacción. Esta asimetría de información entre ambas partes del contrato conduce a que los mercados de medicina pre-pagada desarrollen estrategias que les permitan minimizar los efectos de la selección adversa, y controlar al máximo posible todas las consecuencias derivadas de estas asimetrías de la información que pueden afectar sus márgenes de rentabilidad.

El mecanismo más importante que tienen las empresas de medicina pre-pagada para atenuar esa asimetría de información y asegurar un margen de maniobra que les permita maximizar su beneficio, es el contrato. En efecto, en la relación contractual entre el usuario del sistema y las empresas del sector, se produce una relación entre quienes la teoría económica denomina como el “principal” (en este caso el usuario del sistema) y el “agente” (las empresas de medicina pre-pagada), en donde hay una variedad de opciones en las cuales la calidad del servicio de medicina pre-pagada está en función de los precios, y en donde el usuario, conociendo de antemano la situación real de su propia salud, trata de escoger aquel contrato que más se adecue a sus previsiones y a su ingreso. De ahí que el mercado de la medicina pre-pagada sea un mercado contingente.

Ahora bien, es necesario establecer estas distinciones para situarlas en el contexto económico, social, demográfico e institucional de la medicina pre-pagada en el Ecuador. La hipótesis principal de este capítulo es que la rápida expansión del mercado de la medicina pre-pagada que se produjo en los años noventa del siglo pasado, transformó radicalmente los supuestos de las asimetrías de la información y de selección adversa<sup>10</sup>, porque la expansión del mercado provocó una mayor convergencia del estado de salud individual hacia el perfil epidemiológico de la población en general; no solo eso, sino que la industria desarrolló técnicas estadísticas que le permitían conocer el perfil epidemiológico por estratos de ingresos, de tal manera que la situación

---

<sup>10</sup> El mercado de la medicina pre-pagada creció de 300 mil usuarios en el año 1998 a más de un millón en el año 2015.



individual de los clientes del sistema se convertía en una probabilidad conocida por las empresas del aseguramiento privado en salud<sup>11</sup>.

En efecto, los problemas de asimetría de la información y selección adversa en los contratos de medicina pre-pagada quizá puedan presentarse en casos individuales; pero a medida que el mercado crece y se incorporan más usuarios al sistema, el estado de salud de los individuos converge hacia el perfil epidemiológico de la población en general.

Esta información es un dato conocido por las empresas de medicina pre-pagada. Si es un dato conocido y la probabilidad de enfermedad y accidentes son también datos conocidos, justamente porque se trata de grandes poblaciones, entonces la industria de la medicina pre-pagada puede resolver en su propio beneficio los problemas derivados de la selección adversa y de las asimetrías de la información, y transfiere la incertidumbre de la asimetría de la información al usuario de la industria.

En otras palabras, no existen dificultades de selección adversa para la industria de la medicina pre-pagada cuando la expansión del mercado permite la convergencia del estado de salud de las personas del nivel individual hacia el perfil epidemiológico general de la población, porque existe información que puede ser conocida y calculada, y cuyo costo de acceso y procesamiento prácticamente es gratis para la industria, porque es información pública. Es decir, el riesgo y la incertidumbre se convierten en variables que pueden ser calculadas por las aseguradoras con un mínimo margen de error, mientras que los usuarios del sistema se someten a una dinámica en la cual no saben con precisión el alcance del contrato, y entran en un proceso de asimetría de información con respecto a los servicios que oferta la industria.

En efecto, no solo que las empresas de la medicina pre-pagada pueden conocer con exactitud el perfil epidemiológico del estrato de población que conforma su principal clientela, sino que también utilizan el mecanismo del contrato y de aquello que la teoría económica denomina “principal-agente”, para externalizar (es decir excluir o derivar) aquellos usuarios que desarrollen patologías que puedan afectar sus márgenes de rentabilidad, como son las catastróficas y crónicas.

Es necesario recordar que la teoría económica reconoce la superioridad paretiana (es decir la situación más óptima posible para todos los implicados en un sector determinado y al interior de una economía de mercado) de un sistema de aseguramiento coactivo en mercados competitivos. Este concepto es conocido como “Teorema Rothschild-Stiglitz” (Casanovas & Sáez, 2004).

En este sistema, es fundamental un sector de aseguramiento público en salud que coexiste con la industria del aseguramiento privado. Sin embargo, cuando el sector del aseguramiento público tiene mayor economía de escala, mayores recursos y mayor cobertura, y en un contexto de sistemas de salud segmentados, la industria de la medicina pre-pagada puede derivar hacia ese sistema coactivo aquellos usuarios que son demasiado costosos por su perfil epidemiológico.

En efecto, el régimen contributivo y el sistema de hospitales públicos absorben aquella población con enfermedades catastróficas o con patologías que no constan en

---

<sup>11</sup> Esa información estadística fue producida por las instituciones públicas. La industria no gastó en la recopilación de esa información.

los contratos de medicina pre-pagada, precisamente por sus altos costos. No obstante, para que los usuarios de mayor costo puedan ser transferidos hacia el sistema contributivo y hacia el sistema público de salud, es necesario que el sistema de salud sea débil, fragmentado y autárquico. Las consecuencias implican un fortalecimiento del sector privado en salud y sus márgenes de rentabilidad en detrimento de un sistema nacional de salud pública.

En el Ecuador, el régimen contributivo obligatorio, sustentado en la seguridad social bajo un esquema tripartito (empleadores-trabajadores y Estado), ha experimentado varias transformaciones importantes. En la coyuntura de los años 1995-1996 intentó ser privatizado y transferido hacia administradoras privadas de fondos de pensiones (AFP), una propuesta que fracasó por el rechazo ciudadano expresado en un referéndum. Desde ese entonces, ningún gobierno intentó privatizar la seguridad social por el alto costo político que implicaba la medida, pero utilizaron el esquema de la seguridad social como un mecanismo de obtención de liquidez gubernamental y clientelismo político. Sin embargo, la coyuntura neoliberal que el Ecuador vivió desde el año 1982 tuvo un cambio de ciclo en la coyuntura 2005-2006, cuando se produce una transformación del modelo económico y del modelo político<sup>12</sup>.

En efecto, esta situación puede advertirse en el Ecuador en el ciclo del periodo 2007-2015, cuando se produce un cambio político, económico, social, jurídico e institucional que transforma las coordenadas que habían definido las políticas públicas en salud en las décadas de los ochenta y noventa del siglo pasado. El Ecuador pasa de una visión de mercado y sustentada en los paradigmas del neoliberalismo, hacia una perspectiva diferente y respaldada en el retorno del Estado y de las políticas públicas.

Es necesario recordar que el sector de la medicina pre-pagada se consolida en pleno proceso de reformas neoliberales macroeconómicas e institucionales de los años noventa, gracias a la intervención del Banco Mundial y los proyectos sectoriales de reforma estructural neoliberal. Ese proceso de reformas neoliberales llega a su fin en el año 2007, cuando la sociedad ecuatoriana suscribe electoralmente el proyecto político denominado “Revolución Ciudadana” propuesto por el movimiento político Alianza País, que emerge como un cuestionamiento radical, precisamente, a esas reformas neoliberales.

Sin embargo, el nuevo contexto también es favorable para la industria del aseguramiento privado en salud. Se produce en esta coyuntura una importante expansión del sector. Paradójicamente, el retorno del Estado en la economía y en la política se convirtió en un impulso para el sector del aseguramiento privado en salud. Es necesario, en consecuencia, comprender de qué forma el nuevo proceso político impulsó a la industria del aseguramiento privado en salud.

---

<sup>12</sup> Para un análisis de esa coyuntura histórica puede verse Dávalos, 2014.

## Ciclo político, ciclo económico y medicina pre-pagada 2007-2015: consumo e inequidad.

El nuevo ciclo político y económico que empezó en el año 2007, y que tuvo como eje articulador la crítica al modelo neoliberal y la reconstrucción institucional del Estado, se convirtió en un momento de auge y expansión del sector de la medicina pre-pagada.

Desde el año 2007 hasta el año 2014 la economía ecuatoriana tuvo un crecimiento acelerado, y su PIB creció de 51 mil millones de USD en el año 2007 a cerca de 100,8 mil millones en el año 2015, con un promedio de crecimiento del 4,3% anual (Banco Central del Ecuador: 2016). Este crecimiento económico tuvo en los precios del petróleo su explicación más importante<sup>13</sup>; de hecho, las exportaciones petroleras significaron alrededor del 12,84% de los ingresos del PIB en el periodo 2007-2015.

En virtud de que el crecimiento económico está asociado al precio de un producto con bajo valor agregado como el petróleo, la economía denomina a estos procesos como ciclo de los *commodities*. Esto significó que, durante ese periodo, la economía ecuatoriana mantuvo un crecimiento provocado por motivos exógenos a su propia estructura productiva y vinculados de manera endógena al precio de su principal producto de exportación; de ahí que los procesos de industrialización hayan sido relativamente débiles y que el sector manufacturero haya declinado su importancia en el PIB del 18% en el año 2001 al 13% en el año 2015, y de ahí también el hecho de que la economía ecuatoriana no pueda generar empleo para el conjunto de su población económicamente activa (PEA); en efecto, en el primer trimestre del año 2016 solamente el 40% de la PEA tenía empleo formal.

Sin embargo, la expansión de la economía provocada por el ciclo ascendente de los *commodities* también generó recursos fiscales para el Estado. En el periodo 2007-2015 el Estado ecuatoriano obtuvo ingresos por 252,93 mil millones de dólares, de los cuales el 31% (78,88 mil millones de USD) correspondieron a ingresos petroleros. Esto permitió que el Estado ecuatoriano pueda ampliar su gasto corriente de 8,9 mil millones de USD en el año 2007 a 27,4 mil millones de USD en el año 2015. Asimismo, el gasto en personal se incrementó de 3,69 mil millones de USD en el año 2007 a 9,9 mil millones de USD en el año 2015, y 8,78 mil millones de USD en el año 2016 (Banco Central, 2016). Este dato es importante porque tiene directa relación con el comportamiento del consumo en el Ecuador. La política fiscal expansiva contribuyó a incrementar el consumo de la población y, dentro del consumo, el gasto en salud.

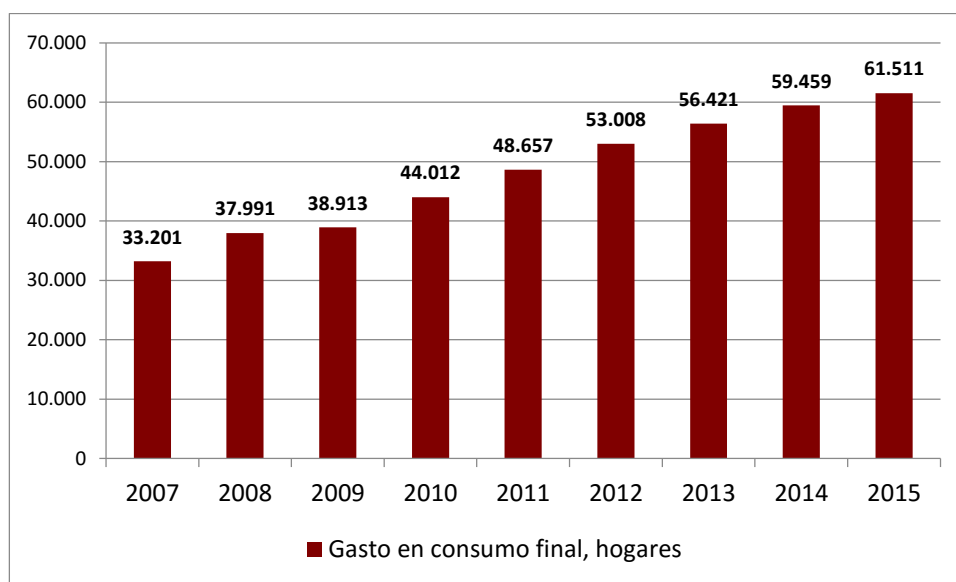
Se dieron las condiciones macroeconómicas para la conformación de una burbuja de consumo que fue consolidada por la disminución de las tasas de interés para el consumo, la bancarización de los sectores medios de la sociedad, la expansión de las tarjetas de crédito y la facilidad de crédito para el consumo por parte del sector bancario. Para fines del año 2015, la cartera de consumo del sistema bancario del

---

<sup>13</sup> El precio del petróleo WTI, que sirve de referencia para el mercado petrolero ecuatoriano, tuvo el siguiente comportamiento medido a inicios de enero de cada año: 58,33 USD (2007); 96,05 USD (2008); 39,27 USD (2009); 81,54 USD (2010); 91,61 USD (2011); 103,03 (2012); 93,16 USD (2013); 98,29 USD (2014); 52,69 USD (2015).

Ecuador constituía el 45% del total de todos los créditos. En efecto, el gasto en consumo de la población tuvo el siguiente comportamiento:

**Gráfico No. 1**  
**Gasto final en consumo de hogares residentes 2007-2015.**  
**En millones de USD**



Fuente: Banco Central del Ecuador

Elaboración: Autor

Sin embargo, y como se había indicado anteriormente, el gasto de consumo está en relación con el nivel de ingreso de la población, y este siempre está estratificado. La metodología estándar de medición de la estratificación de los ingresos en la economía de un país se aplica dividiendo a la sociedad en cinco partes (de ahí el nombre de quintiles), y calculando la participación de cada una de estas porciones de la sociedad con respecto al ingreso total. Se utilizan para el efecto, en el caso del Ecuador, las encuestas de hogares y de condiciones de vida, a partir de las cuales se puede medir el volumen de ingresos que tiene cada quintil de la población.

Con esas mediciones se establece la diferencia en la distribución del ingreso a través de un indicador que se conoce con el nombre de Indicador de Gini. Ahora bien, los ingresos por consumo del 40% más rico de la población representaron el 60,8% del total de la renta nacional, que para el año 2015 equivalieron a 40,64 mil millones de USD; mientras que el 40% más pobre de la población participó del 15,5% del total de la renta nacional, esto es, 9,53 mil millones de USD para ese mismo año. Eso da cuenta de la inequidad en la distribución del ingreso y del consumo en el Ecuador. Los datos muestran, además, un crecimiento relativamente sostenido y constante del consumo y de la economía en el periodo 2007-2015. Este crecimiento estuvo acompañado de estabilidad económica, bajos niveles de inflación y consolidación del dólar como moneda oficial.

Esto significó que existían las condiciones macroeconómicas para una expansión de la industria del aseguramiento privado en salud, que va a concentrar sus esfuerzos en capturar clientes dentro del 40% más rico de la población. Por ello, los años de la dolarización de la economía (2000-2016) significaron una consolidación y expansión importante de sector del aseguramiento privado en salud en el Ecuador. Su mercado crece a más de un millón de usuarios para el año 2015.

### **El ciclo político de la economía.**

De forma concomitante a esta expansión de la economía provocada por el ciclo de los *commodities*, se inscribe el ciclo económico de la economía, es decir, la presencia de un gobierno que utiliza los recursos fiscales que provienen de la renta petrolera para legitimarse política y electoralmente ante un electorado susceptible de ser manipulado, en virtud de que su memoria política es de corto plazo y tiende a evaluar las propuestas políticas sin capacidad de establecer una relación con el largo plazo (Nordhauss, 1975). En el ciclo político de la economía, las decisiones se adoptan en función de crear un ambiente propicio para ganar las elecciones del partido político que ostenta el poder, desdeñando o minimizando las consecuencias macroeconómicas que pudiesen provocarse en el futuro.

Por ello se tiene, en el periodo 2007-2015, un crecimiento sostenido del gasto público en salud, pero no existe la creación de un marco institucional que acompañe y otorgue coherencia a este incremento presupuestario en salud. En efecto, hasta el año 2015 no existía un sistema nacional de salud coherentemente estructurado, pero existe un crecimiento del presupuesto público en salud, como puede apreciarse en la siguiente tabla:

**Tabla No. 2**  
**Gasto en salud como % del PIB y del presupuesto fiscal.**

Año	Gasto en salud % PIB	Gasto en salud % Presupuesto del Estado
2006	1,2	4,40
2007	1,3	4,47
2008	2,3	5,38
2009	2,3	6,53
2010	1,9	5,73
2011	1,6	4,13
2012	1,9	4,79
2013	2,1	5,23
2014	2,1	5,52
2015	2,2	6,31

Fuente: Banco Central del Ecuador

Elaboración: Autor

Puede apreciarse que el presupuesto en salud pasa del 1,3% del PIB del año 2007 (610,2 millones de USD), a 2,3% del PIB del año 2008 (1.190,1 millones de USD) (Banco Central del Ecuador, 2016). Sin embargo, a partir de ese incremento inicial, el presupuesto estatal en salud pública se mantiene casi constante hasta el año 2013, cuando se incrementa a 2,1% del PIB (1.951,2 millones de USD), con una tendencia a ser procíclico, es decir, aumenta o disminuye en función del incremento o decremento del PIB, lo que de alguna manera da cuenta de la debilidad institucional del presupuesto en salud. El gasto estatal en salud se mantuvo en un promedio del 1,9% del PIB para el periodo 2007-2015, esto es, alrededor de 1.500 millones de USD. Es necesario indicar que el gasto per cápita en salud se incrementó de 44,8 USD en el año 2007 a 132,4 USD en el año 2015.

El presupuesto público en salud, efectivamente devengado por el MSP para el periodo 2008-2015, fue de 10.4 mil millones de USD, de los cuales el 80% fue gasto corriente, y dentro del gasto corriente, 1.187,4 millones de USD fueron gasto en consultorías, estudios y pagos en servicios (MSP, 2016).

Este incremento del presupuesto en salud amplió la oferta en salud pero no la infraestructura correspondiente. De hecho, en el año 2006 el MSP contaba con 1.730 unidades de salud (127 hospitales, 152 centros de salud, 1.127 subcentros de salud y 434 puestos de salud); para el año 2010 contaba con 2.028; y en el año 2015 contaba con 2.188 unidades de salud (INEC, 2015). El MSP compensó la brecha entre la oferta en salud y la infraestructura existente a través del mecanismo de servicios prestados por unidades privadas en salud.

**Tabla No. 3**  
**Unidades de Salud del MSP**

<b>Unidades de salud MSP</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>
Hospitales	127	132
Centros de salud	152	160
Subcentros de salud	1.127	1.278
Puestos de salud	434	458
<b>Total</b>	<b>1.840</b>	<b>2.028</b>

Fuente: MSP

Elaboración: Autor

Ahora bien, el incremento del gasto en salud no se correspondió con cambios institucionales que permitan absorber ese gasto al interior de una estructura institucional coherente, que permita crear un sistema nacional de salud que, al menos, atenúe las distorsiones provocadas por la segmentación y autarquía en el sector de la salud. Más bien al contrario, el incremento del gasto de salud sin los correlativos cambios en la estructura institucional permitió que la industria del aseguramiento

privado en salud pueda aprovechar que el Estado amplió la oferta en salud para externalizar sus externalidades. Para el año 2013, el INEC establecía que el sector privado tenía el 74,9% de hospitales y clínicas, mientras que el sector público tenía el 25,1%. Es decir, a pesar del aumento del presupuesto en salud se había conformado una asimetría importante entre el sector privado y el sector público de la salud.

Se produjo, en consecuencia, un fenómeno por el cual la ampliación de la oferta de salud desde el Estado fue más bien parte del ciclo político de la economía antes que un cambio estructural del sector. Esto hizo que el Estado amplíe la cobertura y la extensión de servicios de salud a la población sin acompañar esta política con inversiones importantes en el área de la salud y sin cambios institucionales que acompañen dicha inversión. El Estado utilizó la infraestructura en salud del sector privado para compensar la ampliación de la oferta pública en salud, lo que a la larga contribuyó más a la expansión y consolidación del sector privado que a la consolidación del sector público.

### **Externalidades y sector público en salud.**

Las externalidades son aquellos costos que inciden positiva o negativamente en el balance de la empresa, pero que no constan en ese balance y, por tanto, en el precio. Por ejemplo, la contaminación que realiza una empresa la sufren quienes están alrededor de ella, pero la empresa no paga por esa afectación; una externalidad positiva, en cambio, es cuando una empresa está muy cerca de sus fuentes de aprovisionamiento o de sus redes de distribución, y no paga por esa cercanía. En el caso de la industria del aseguramiento privado en salud, la principal externalidad negativa del sector es la presencia de usuarios con enfermedades catastróficas, crónicas o preexistentes, cuyo tratamiento tiene un alto costo para la industria.

La industria del aseguramiento privado trata de excluir esa externalidad a través del contrato, indicando que no asume ninguna responsabilidad por enfermedades pre-existentes, o trata de derivar esos pacientes al sistema público de salud o al sistema contributivo. De ahí que la expansión del sector público de salud, en un contexto de débil regulación al sector de la medicina pre-pagada, puede ser una oportunidad para derivar clientes que representan un alto costo para esta industria.

En la coyuntura de 2007-2015, la industria del aseguramiento privado en salud pudo aprovechar la expansión del sector público de la salud para externalizar aquellos pacientes cuyo perfil epidemiológico implicaba costos adicionales en su balance, y pudo apalancarse en la existencia del doble aseguramiento de la población económicamente activa y asegurada en el régimen contributivo.

### **Régimen contributivo obligatorio y aseguramiento privado en salud.**

El ciclo político de la economía, y la expansión provocada por el ciclo de los *commodities*, también implicaron un crecimiento de la población que forma parte del sistema contributivo, que en el caso del Ecuador está conformado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino, Instituto de Seguridad

Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL). Es necesario indicar que la industria de la medicina pre-pagada forma parte de un sistema en el cual el sistema contributivo obligatorio y el sistema de salud pública conforman una sola red de aseguramiento en salud para la población en general.

La industria del aseguramiento privado en salud está plenamente consciente y ha evaluado ese entorno para aprovecharlo. De ahí que es importante realizar un sumario análisis del sistema contributivo obligatorio y comprender su relación con la industria del aseguramiento privado en salud.

El régimen contributivo tiene en el IESS su eje central. La seguridad social nació en el Ecuador en el año 1928 en el gobierno de Isidro Ayora, como Caja de Pensiones. En 1935 se promulga la Ley de Seguro Social Obligatorio, que fija los montos de aportes entre patronos y trabajadores. En el año 1942 se expide la nueva Ley de Seguro Social Obligatorio, que establece la contribución del Estado del 40% de las pensiones del seguro general (Wikipedia, 2015). Esta disposición fue derogada en abril del año 2015, cuando la Asamblea de ese entonces aprobó la *Ley para la Justicia Laboral*.

De acuerdo con la Constitución Política del año 2008, se establecen las siguientes contingencias cubiertas por el seguro universal obligatorio: enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos del trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad y muerte (Art. 369 de la Constitución Política del Ecuador 2008). La misma Constitución establece que “el seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral”.

Sin embargo, el régimen contributivo en el Ecuador ha estado relacionado con las dinámicas del desarrollo económico y la modernización capitalista. El régimen contributivo absorbe a la población empleada formalmente en la economía y excluye a la población informal, a pesar de que ha desarrollado mecanismos de afiliación voluntaria y de seguro social para los campesinos, dependientes a su vez del seguro social obligatorio<sup>14</sup>.

Es decir, independientemente de lo que establezcan la Constitución y las leyes vigentes, el régimen contributivo obligatorio de seguridad social, en el caso ecuatoriano, está vinculado al sector formal de la economía y, por tanto, al ciclo económico. El Ecuador no ha podido desvincular la seguridad social del ciclo económico y de la modernización capitalista. En virtud de que es un país primario exportador y sujeto a profundas inequidades en la distribución del ingreso, la seguridad social obligatoria depende, precisamente, del comportamiento del mercado del empleo formal y este, a su vez, de las dinámicas y los precios de los *commodities*.

Una parte de la población cubierta por el IESS, además, se ubica en los quintiles superiores de la población y, en ese sentido, comparte el mismo espacio económico con los usuarios del sistema privado de aseguramiento en salud.

---

<sup>14</sup> Para el primer trimestre del año 2016, los afiliados voluntarios representaban el 6,3% del total de afiliados del sistema. Es necesario indicar que para el primer trimestre del año 2015, cuando aún no se expresaba con todo su rigor la crisis económica que sufría el Ecuador, la afiliación voluntaria fue del 4,5% (IESS, 2016). Es decir, a medida que la crisis se profundizaba, era mayor el número de personas que acudían al régimen contributivo obligatorio para precautelarse, justamente, de los efectos de la crisis.



La Constitución política del año 2008 pretende crear un marco contractual para políticas sociales al interior de un Estado que no es un Estado de Bienestar, ni un Estado de Asistencia. En efecto, para que en el Ecuador puedan crearse las condiciones de posibilidad para un Estado de Bienestar, sería necesario que los trabajadores adquirieran mayor fuerza y mayor capacidad de negociación, de tal manera que sus remuneraciones al menos puedan alcanzar el costo de los bienes salarios medidos en términos de canasta básica. Para el año 2016, la remuneración mínima mensual cubría apenas el 59,8% de esa canasta básica. El Estado de Bienestar se construye sobre un acuerdo que establece formas de negociación más simétricas entre los trabajadores, el Estado y los empleadores.

Por ello, el régimen contributivo en el Ecuador y el seguro universal obligatorio son procíclicos con respecto a la economía. Cuando la economía crece, aumenta el empleo y los ingresos, y se incrementa el número de afiliados al seguro universal obligatorio. Cuando la economía decrece, disminuye también la afiliación al régimen contributivo obligatorio.

Esto puede apreciarse en el siguiente cuadro:

**Tabla No. 4**  
**Relación entre afiliación al IESS y pleno empleo, 2015-2016.**

Afiliados, pleno empleo/años	ene-15	feb-16	Diferencia %
Afiliados al IESS con relación de dependencia	2.712.875	2.615.749	3,58
Pleno empleo/PEA	0,437	0,401	3,71

Fuente: INEC, IESS.

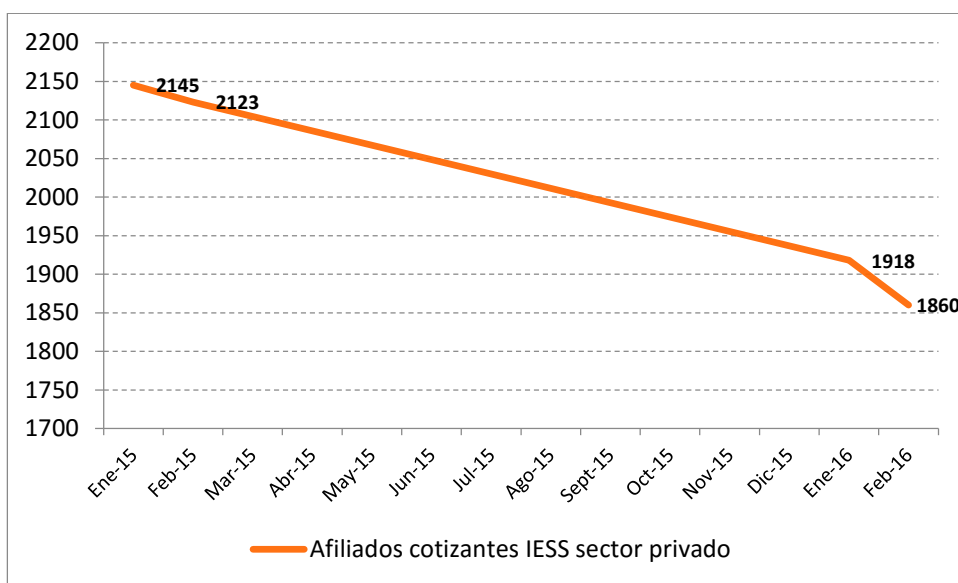
Elaboración: Autor

Como puede apreciarse, la relación entre empleo formal y afiliación al seguro social obligatorio es directa. En el periodo enero 2015-febrero 2016, la afiliación al seguro social se redujo en 285.217 personas, que representan el 3,6% de la PEA de ese mismo año. Ese porcentaje es equivalente a la reducción del pleno empleo del 43,7% al 40,1% en ese mismo periodo.

Esa relación se ve más claramente cuando se analiza la dinámica del empleo formal en el sector privado ecuatoriano. Cuando decae el empleo formal en el sector privado, disminuye también el número de personas que cotizan al régimen contributivo obligatorio, conforme puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 2**

**Dinámica de los afiliados cotizantes al IESS del sector privado,  
2015-2016. En miles de personas.**



Fuente: IESS

Elaboración: Autor

Los datos anteriores confirman la hipótesis de que en el Ecuador el régimen contributivo obligatorio es procíclico, lo que evidencia su vulnerabilidad institucional. Ahora bien, es necesario indicar que el seguro social obligatorio mantiene varios fondos que, por su tamaño y su cobertura, tienen importancia macroeconómica. En el siguiente cuadro pueden apreciarse los montos que tienen cada uno de estos fondos que estructuran al seguro social obligatorio en el Ecuador.

**Tabla No. 5  
Activos por Fondos del IESS, 2008-2014.  
En USD**

Activos por fondos IESS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fondos de reserva	701.832.324,80	765.122.618,02	636.814.531,33	693.475.064,44	855.764.153,01	980.655.456,57	1.008.610.898,25
Cesantía	1.497.411.752,06	1.914.633.565,75	2.462.118.193,81	2.937.897.440,50	3.479.310.192,68	4.057.597.862,33	4.595.007.421,75
Invalidez, vejez y muerte	2.510.914.973,14	3.857.620.888,41	4.743.411.827,91	5.366.910.437,21	6.369.418.967,91	7.765.617.550,83	9.079.987.133,70
Cesantía adicional	136.009.798,38	139.529.995,40	193.862.747,85	152.440.161,33	148.726.639,54	152.497.964,00	107.939.882,61
Riesgos del trabajo	150.798.915,33	204.358.841,10	273.468.649,95	348.697.783,03	454.631.405,19	562.092.395,89	687.604.144,29
Salud individual y familiar	1.216.749.041,11	1.665.832.614,93	1.912.263.985,19	2.671.407.859,97	3.084.933.110,22	3.464.515.585,25	3.932.395.454,05
Seguro Social Campesino	271.782.474,62	369.580.468,89	559.486.525,46	687.210.777,09	826.797.854,89	963.097.756,95	893.137.511,43
<b>Total</b>	<b>7.098.616.011,43</b>	<b>8.977.988.071,94</b>	<b>10.852.227.011,86</b>	<b>12.964.567.451,48</b>	<b>15.371.093.139,44</b>	<b>18.164.147.636,86</b>	<b>20.560.615.660,85</b>

Fuente: IESS, Superintendencia de Bancos y seguros.

Elaboración: Autor

De los datos anteriores puede verse que el fondo más importante de la seguridad social obligatoria es el de Invalidez, vejez y muerte (44,1% del total), seguido del Fondo de cesantía (22,3%). Puede apreciarse también la importancia del Fondo de salud individual y familiar (19,1%). Sin embargo, en el siguiente cuadro puede apreciarse la estructura que adoptan los recursos del seguro social obligatorio, y puede advertirse que el sistema de seguridad social obligatorio en el Ecuador está pensado más bien en otorgar liquidez y solvencia financiera al Estado que en definir prestaciones adecuadas a los usuarios del sistema:

**Tabla No. 6**  
**Activos por fondos del IESS e inversiones en el gobierno central,**  
**a diciembre 2014.**  
**En USD**

<b>Activos Fondos Seguro Social</b>	<b>dic-14</b>	<b>%</b>
<b>Fondos de reserva</b>	<b>1.008.610.899</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	1.001.147.106	99,26
<b>Fondo de cesantía</b>	<b>4.595.007.421</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	4.568.202.129	99,42
<b>Fondo riesgos del trabajo</b>	<b>687.604.144</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	638.616.743	92,88
<b>Fondo invalidez, vejez y muerte</b>	<b>9.079.987.133</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	7.791.405.175	85,81
<b>Fondo de salud individual y familiar</b>	<b>393.395.454</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	33.212.406	8,44
<b>Seguro Social Campesino</b>	<b>893.137.511</b>	<b>100</b>
<i>Inversiones renta fija sector público</i>	627.677.923	70,28

Fuente: IESS, Superintendencia de Bancos y Seguros.  
Elaboración: Autor

La mayor parte de los fondos tienen su liquidez en bonos de renta fija del gobierno central. En algunos casos, el 99% de la liquidez de esos fondos está en papeles del gobierno. El único fondo que constituye una excepción es, precisamente, el fondo de salud individual y familiar, que mantiene solamente el 8,4% de su liquidez en fondos del gobierno. En total, para diciembre del año 2014, el gobierno central había emitido deuda hacia la seguridad social por 14,9 mil millones de USD, que representaban el 72,6% de todos los activos del sistema de seguridad social obligatorio.

Puede advertirse, en consecuencia, que el régimen contributivo obligatorio tiene una estructura financiera orientada más hacia la liquidez del gobierno central que hacia las prestaciones hacia sus propios usuarios. Con la excepción del seguro de salud, casi todos los fondos del sistema de seguridad social obligatorio habían utilizado su liquidez para comprar deuda pública. El problema radica en que el gobierno paga esa deuda

pública con más deuda y genera problemas de liquidez a largo plazo al conjunto del sistema, que ve agravado su déficit actuarial.

Cabe señalar que el fondo de salud individual y familiar del régimen contributivo obligatorio, para el año 2014, tenía una cobertura de aseguramiento en salud de 4,49 millones de personas, mientras que la industria de la medicina pre-pagada tenía alrededor de 1 millón de clientes en el sistema. Si se descuenta la doble afiliación, se tiene que el 44,4% de la población ecuatoriana, en el periodo 2014-2015, tenía algún tipo de seguro de salud. En el siguiente cuadro consta la cobertura de la seguridad social en salud.

**Tabla No. 7**  
**Cobertura de la salud en el Ecuador: sistema contributivo obligatorio y medicina pre-pagada.**

<b>Año</b>	<b>2016</b>	<b>2016</b>
Cobertura de seguridad social y medicina pre-pagada		Afiliados
Sistema IESS		
Con relación de dependencia		2.615.749
• Sector privado	1.860.094	
• Sector público	588.337	
Sin relación de dependencia		499.831
• Afiliación voluntaria	118.479	
• Trabajo no remunerado hogar	105.012	
Familiares con cobertura de salud de afiliados sistema contributivo y pensionistas		1.611.793
Seguro Social Campesino		1.229.055
		5.956.428
Total sistema contributivo obligatorio		
ISSFA-ISSPOL		150.000
Medicina pre-pagada		1.008.351
Total		7.114.779
% de la población		44,40%

Fuente: IESS, ENSANUT, IESS.

Elaboración: Autor

Esto significa que alrededor de nueve millones de personas no tenían ningún tipo de cobertura en seguros de salud y, obligatoriamente, tienen que dirigirse al sistema nacional de salud pública.

En el siguiente cuadro puede apreciarse la oferta total de salud en el Ecuador (se excluye Junta de Beneficencia, SOLCA, Municipios y Universidades):

**Tabla No. 8**  
**Oferta de salud en el Ecuador, 2015.**

	MSP	IESS	ISSFA	Sector privado/ hospitales y clínicas	Total
Centro de salud	1.384		39		<b>1.423</b>
Hospital básico	80	8	8	7	<b>103</b>
Hospital de especialidades	2	2	1		<b>5</b>
Hospital especializado	14			1	<b>15</b>
Hospital general	30	11	4		<b>45</b>
Centro de atención ambulatoria		26		5	<b>31</b>
Puesto de salud		659			<b>659</b>
Unidad de atención ambulatoria		50			<b>50</b>
Consultorio general			34		<b>34</b>
Clínica privada				174	<b>174</b>
Hospital privado				18	<b>18</b>
<b>Total</b>	<b>1.510</b>	<b>756</b>	<b>86</b>	<b>205</b>	<b>2.557</b>

Fuente: MSP

Elaboración: Autor

El sistema de salud en el Ecuador está conformado básicamente por esos tres sectores. El sector que más entidades de salud posee es el MSP (1.510). El régimen contributivo obligatorio posee 842 entidades de salud. En el caso del IESS, puede verse que el mayor número de profesionales de la institución están orientados hacia el sector salud, como puede verse en la siguiente tabla:

**Tabla No. 8**  
**Personal que trabaja en el IESS, 2016**

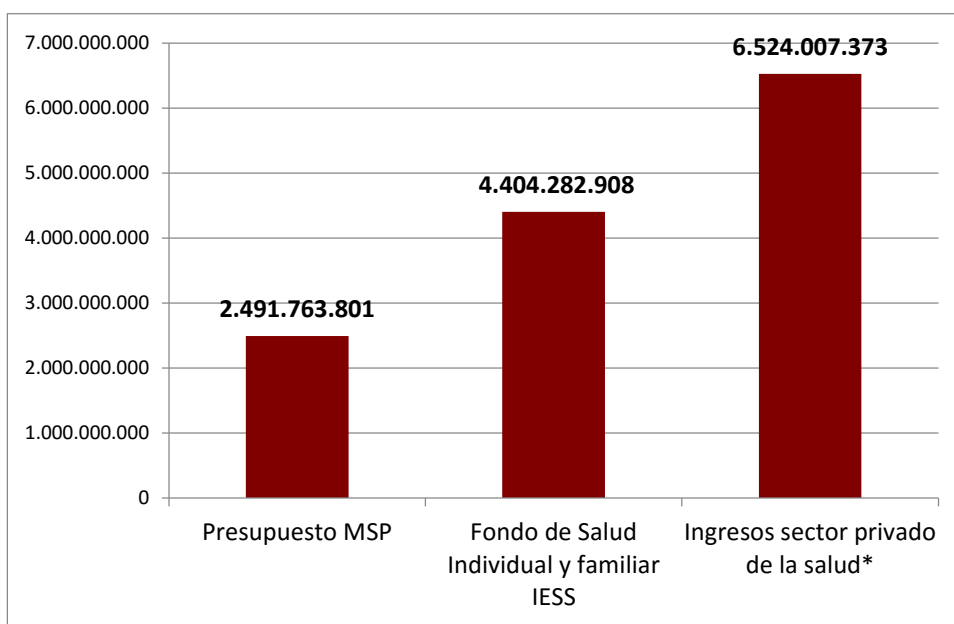
Servicios manuales	727
Otras profesiones de apoyo a la salud	8.276
Nivel jerárquico superior	464
Médicos residentes	971
Médicos generales	1.843
Médicos especialistas	2.733
Trabajadores (Código del Trabajo)	1.921
Auxiliar de enfermería y apoyo en salud	3.336
Personal administrativo	5.399
<b>Total</b>	<b>25.670</b>

Fuente: IESS

Elaboración: Autor

La estructura de ingresos de estos tres sectores, medidos por presupuesto devengado para el MSP, activos del Fondo de salud individual y familiar del IESS y ventas netas del sector privado en salud (que comprendería clínicas y hospitales privados, farmacéuticas, comercio al por mayor de insumos y medicamentos, farmacias y distribuidoras, y medicina pre-pagada), puede ser apreciada en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 3**  
**Comparativo de ingresos y presupuestos entre el MSP, el IESS y el sector**  
**privado en salud, 2015-2016.**  
**En USD**



Fuente: IESS, MSP, EKOS

Elaboración: Autor

\*Incluye: clínicas y hospitales privados, comercio al por mayor de instrumentos médicos y productos farmacéuticos, farmacias, farmacéuticas y medicina pre-pagada.

El gráfico anterior da cuenta de la dinámica del sector salud en el Ecuador para el año 2015-2016. De acuerdo con los datos presentados, puede verse que la cobertura de atención no guarda relación con la estructura financiera de cada sector: el MSP tenía que otorgar cobertura y atención en salud a más de nueve millones de personas con 2,4 mil millones de USD. El régimen contributivo obligatorio tenía que asegurar en salud a 4,5 millones de usuarios con 4,4 mil millones de USD; mientras que el sector privado aseguraba a aproximadamente un millón de clientes con un volumen de ingresos de más de 6,5 mil millones de USD.

A pesar de todos los discursos que acompañaron al ciclo político de la economía, fue el sector privado quien se favoreció con las políticas de estímulo a la demanda agregada interna y de crecimiento del consumo y la economía. El sector público y el sector del seguro social universal, en realidad, fueron elementos complementarios para el desarrollo y expansión del sector privado.

Los datos mostrados dan cuenta de que la segmentación del sector salud fue altamente funcional para la expansión del aseguramiento privado en salud. De alguna manera, el ciclo político de la economía contribuyó a que el sector público pueda servir de apalancamiento al sector privado en el ámbito de la salud.

## Dinámicas socio-económicas y sociodemográficas del aseguramiento en salud en el Ecuador

La coyuntura de 2007-2015 está caracterizada por el ciclo político de la economía, en la cual el presupuesto público fue utilizado, básicamente, para consolidar la hegemonía política del partido de gobierno, independientemente de la resolución de los problemas estructurales de la sociedad; precisamente por ello puede advertirse el incremento en el presupuesto de salud pero, al mismo tiempo, la carencia de marcos institucionales que acompañen y otorguen coherencia, racionalidad y estructura a ese nuevo presupuesto. El incremento en el presupuesto de salud, en ese contexto, en realidad profundizó y agravó los problemas estructurales del sector.

La decisión de incrementar la oferta pública de salud hizo que el gobierno utilice la infraestructura privada para compensar las carencias existentes en la infraestructura pública de salud. Ello determinó un efecto de apalancamiento en el sector privado de salud, que consolidó su posición de mercado y garantizó sus márgenes de rentabilidad.

El ciclo político de la economía también determinó un crecimiento del empleo público y, en cierta medida, del empleo privado en el sector formal de la economía. Empero, al no existir los marcos institucionales que den estructura a los nuevos fenómenos económicos, se produjo una yuxtaposición entre trabajadores afiliados al régimen contributivo obligatorio y al aseguramiento privado en salud. Esa yuxtaposición generó una población doblemente afiliada tanto al seguro social obligatorio cuanto a la medicina pre-pagada.

Este proceso, sumado a aquel en virtud del cual el gobierno utiliza la infraestructura del sector privado para compensar el incremento de la oferta pública en salud, generaron una señal en los quintiles de ingresos más altos de la población, así como en la industria del aseguramiento privado en salud, de que era posible utilizar clínicas, hospitales e infraestructura del sector privado en salud, incluyendo médicos y personal de salud, sin asumir el costo, por cuanto la factura la pagaba directamente el Estado.

Esto generó distorsión y asimetrías en el sistema nacional de salud. Los quintiles de más ingresos utilizaron los recursos que el Estado ponía a su disposición y alejaron a los quintiles más pobres de la utilización de dichos recursos. De su parte, la industria del aseguramiento privado en salud comprendió que la situación se tornaba favorable y motivó a que los usuarios que representaban un mayor coste fuesen derivados directamente hacia el régimen contributivo obligatorio, aprovechando el doble aseguramiento.

La macroeconomía suele utilizar el concepto de *crowding-out* para referirse al efecto de expulsión que puede generar la intervención del sector público en actividades específicas de la empresa privada. Si se toma el sentido de este concepto, puede afirmarse que, en la coyuntura del ciclo político de la economía, se generó un efecto *crowding-out* en el cual se desplazaba a la población de los quintiles más pobres de la nueva oferta en salud generada por el gobierno, que tenía en la infraestructura del sector privado su elemento más importante.



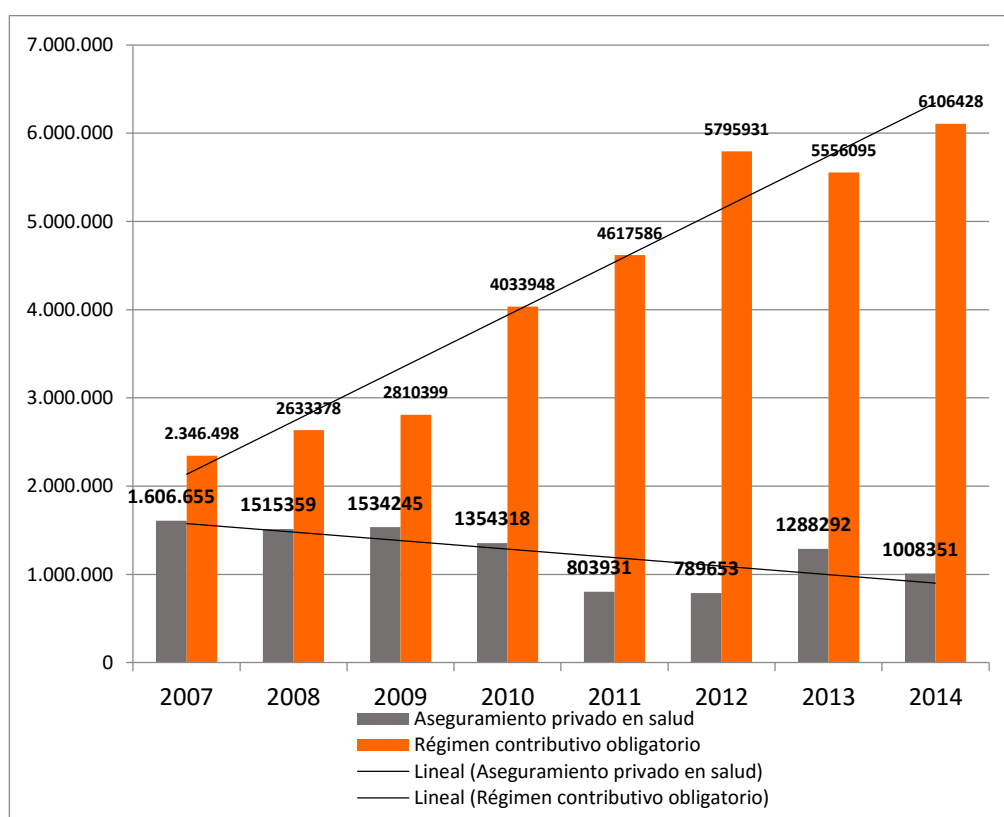
Es este fenómeno el que explica que en el ciclo político de la economía el número de clientes del aseguramiento privado en salud haya disminuido. Esta disminución fue una estrategia para externalizar las externalidades negativas de la industria del aseguramiento privado en salud, y concentrarse en aquellos clientes cuyo perfil epidemiológico no implicaba riesgo alguno.

En efecto, en el periodo 2007-2015 la economía creció de forma consistente, así como crecieron el empleo formal, el consumo y los ingresos. Existía un entorno favorable para el crecimiento de la industria del aseguramiento privado en salud. A pesar de ello, esta industria está sometida al riesgo y la incertidumbre, y a los problemas de asimetrías de información de los clientes que toman el seguro privado en salud. Para esta industria, mientras más se pueda controlar el riesgo, la incertidumbre y los problemas de la selección adversa, mejor para sus propios intereses.

La población de los quintiles de ingresos más pobres fueron remitidos hacia la infraestructura pública, en especial aquella del MSP, mientras que la población de los quintiles más ricos, generalmente urbana y con empleo formal, utilizaban los servicios de clínicas, hospitales, laboratorios y personal médico del sector privado, a cuenta tanto del régimen contributivo obligatorio cuanto del Estado.

En el siguiente gráfico puede apreciarse este fenómeno:

**Gráfico No. 4**  
**Tendencia histórica del aseguramiento privado en salud y régimen contributivo obligatorio, 2007-2015.**



Fuente: INEC: ENEMDU, diciembre 2007-2014; INEC: CENEC, 2010.

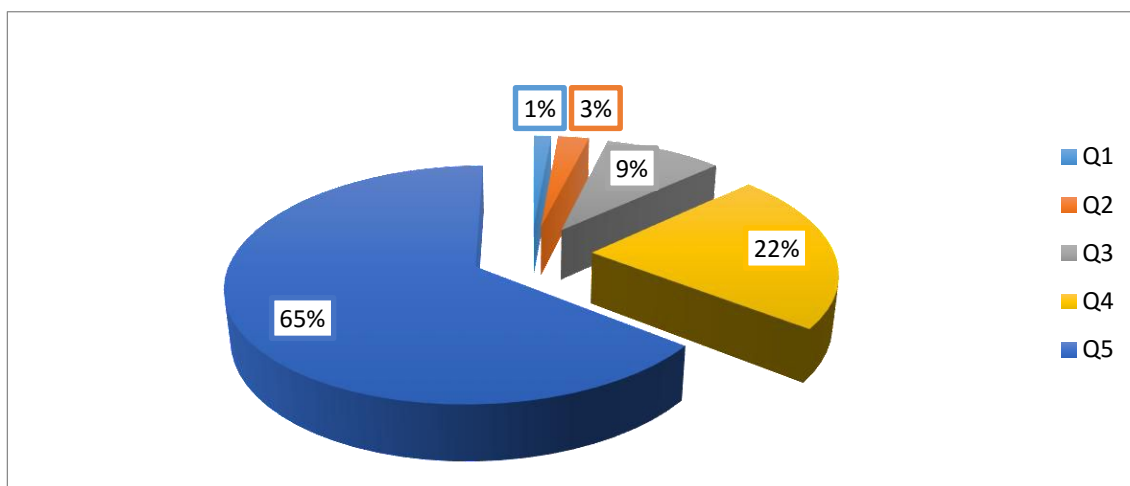
Elaboración : Autor.

Puede distinguirse la divergencia temporal relacionando la proyección lineal del régimen contributivo obligatorio que tiende a crecer, mientras el aseguramiento privado en salud tiende a decrecer. Esta divergencia entre ambas proyecciones da cuenta del efecto *crowding-out* y de externalización de externalidades negativas realizada por la industria del aseguramiento privado en salud.

Se trata de un proceso inverso a aquel de los años noventa del siglo pasado, cuando las reformas neoliberales condujeron a la creación del mercado de la medicina pre-pagada al mismo tiempo que disminuían la cobertura, la atención y los recursos tanto del sistema de salud pública cuanto del régimen contributivo obligatorio. En esa coyuntura, la tendencia del aseguramiento privado en salud era mayor que la tendencia del aseguramiento social obligatorio. En esta nueva coyuntura, en cambio, se produce un fenómeno de externalización de todos aquellos usuarios del sistema contributivo privado que pueden provocar mayores costes a la industria de la medicina pre-pagada.

El porcentaje de la población en capacidad de contratar un seguro privado en salud siempre fue marginal con respecto a la población en su conjunto, y representaba la capacidad adquisitiva de los quintiles con mayor ingreso. Hay que recordar que la cuota mínima del seguro privado de salud representa en promedio el 10% del salario mínimo vital para todo el periodo.

**Gráfico No. 5**  
**% de población asegurada en el sistema privado de medicina pre-pagada por quintiles de población, 2014.**



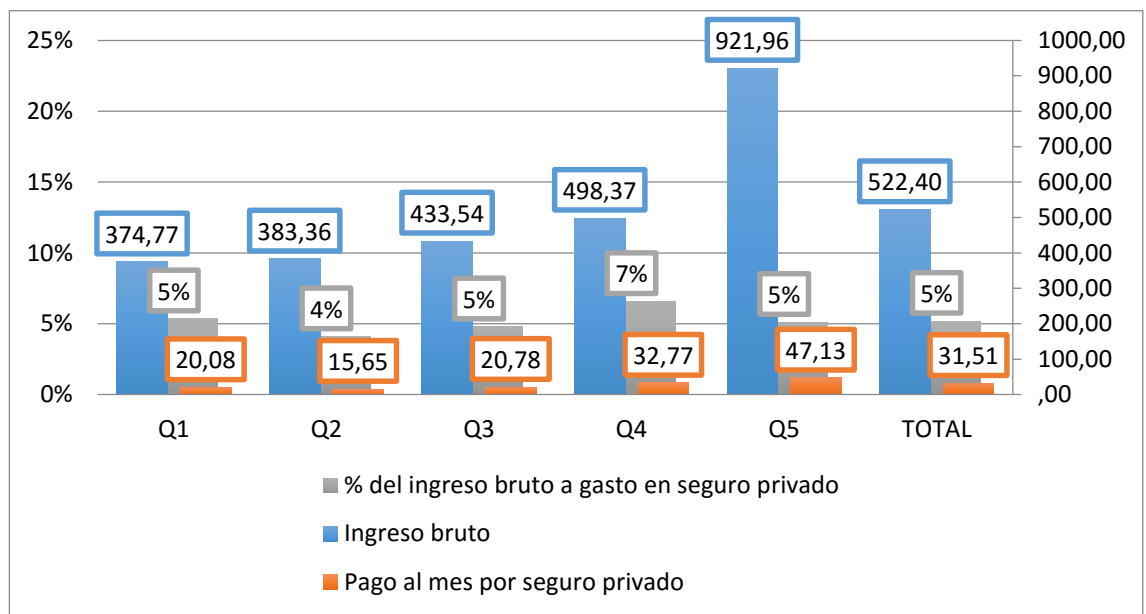
Fuente: INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

Como puede apreciarse, la población que tiene seguros privados de salud pertenece en su gran mayoría al quintil de ingresos más altos. El porcentaje de la población más pobre (Quintil 1) con seguro privado en salud, apenas representa el 1%. Los quintiles más ricos (4 y 5) representan en conjunto el 87% del mercado del

aseguramiento privado en salud. El precio de la tarifa del aseguramiento privado de salud cumple el rol de garantizar el mecanismo de *crowding-out* o de expulsión de los más pobres de la cobertura privada de salud, pero pagada por el Estado. La tarifa del seguro privado de salud es tan alta para los quintiles 1 y 2, que son los más pobres, que ni siquiera pueden considerar acceder a este mercado.

**Gráfico No. 6**  
**Relación por quintiles de ingresos entre cuota de seguro privado e ingreso mínimo, 2012.**  
**En USD**

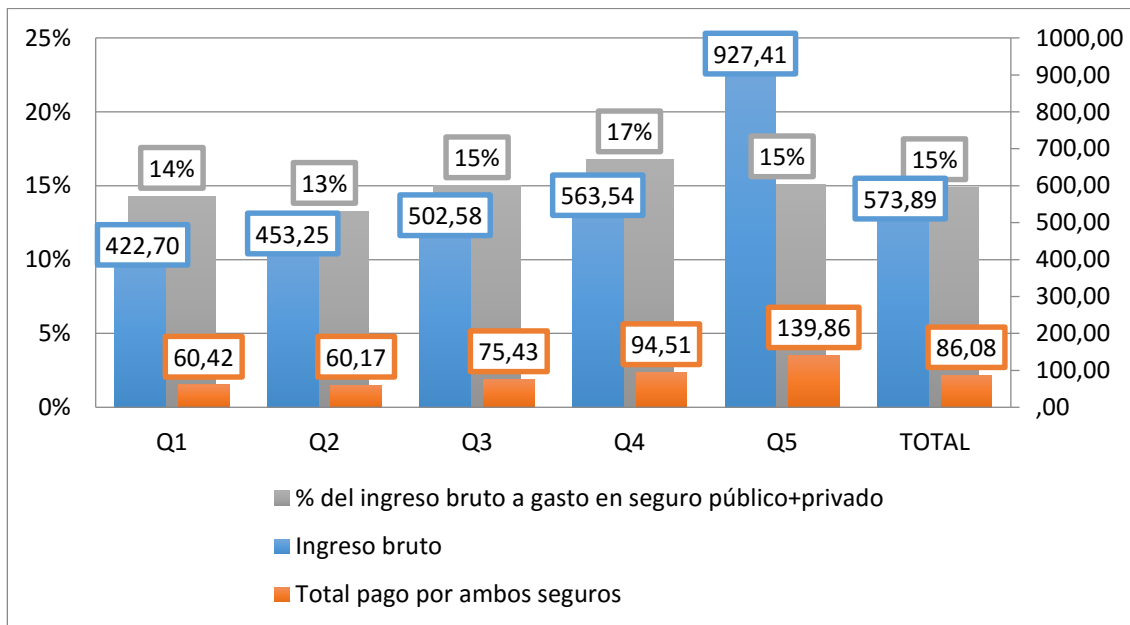


Fuente: INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

Para el caso de la doble afiliación se tiene la siguiente información, que compara el nivel de ingresos con las respectivas cuotas de afiliación al sistema de seguro social obligatorio y a la medicina pre-pagada:

**Gráfico No. 7**  
**Relación por quintiles de ingresos entre cuota de seguro privado y seguro social obligatorio e ingreso mínimo, 2012.**  
**En USD y en %**



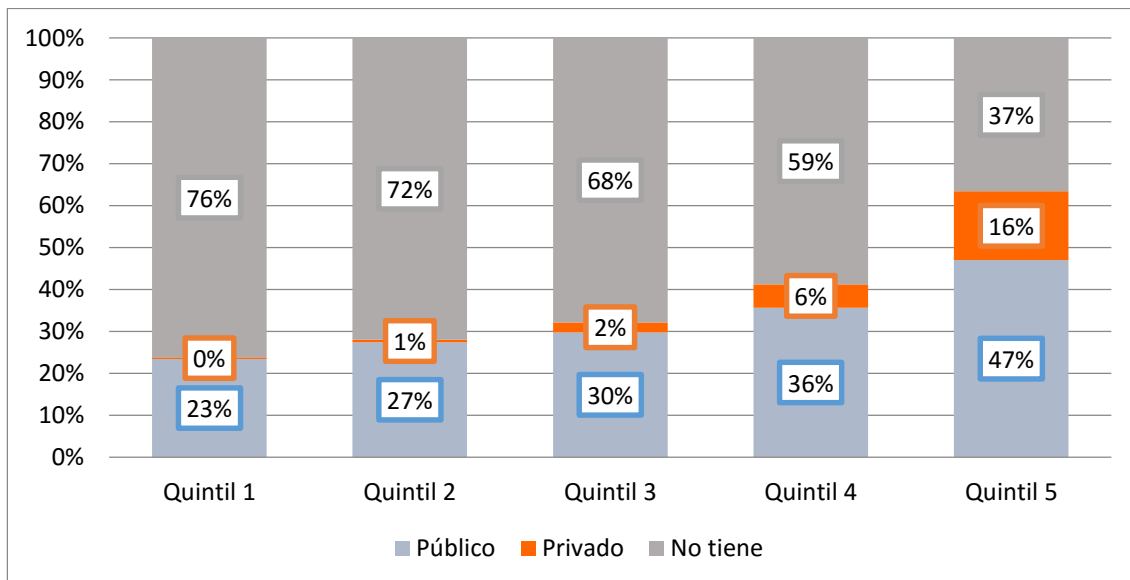
Fuente: INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

Por otra parte, los clientes de los quintiles 4 y 5 generalmente tienen mejores condiciones laborales y, por tanto, mejores ingresos. El régimen contributivo, que está estructurado para el sector formal de la economía, excluye de hecho al sector informal de la economía (en donde se ubica el empleo inadecuado, el trabajo por cuenta propia y el desempleo), cuya población se ubica en los quintiles más pobres de la población.

Los quintiles más pobres son los más desprotegidos de la sociedad. Más de dos terceras partes de la población de los quintiles más pobres no tienen ningún tipo de aseguramiento en salud, conforme puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 8**  
**Cobertura de salud por quintiles, 2012.**



Fuente: INEC: CPV, 2010; INEC: ENEMDU diciembre de 2006-2014; INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

El 63% de la población del quintil más rico está protegida, sea por el régimen contributivo obligatorio o por la medicina pre-pagada, mientras que el 76% de la población más pobre no tienen ningún tipo de cobertura de aseguramiento en salud. El incremento en el presupuesto para la salud no alteró para nada las estructuras de distribución de ingresos ni tampoco las dinámicas del empleo formal e informal.

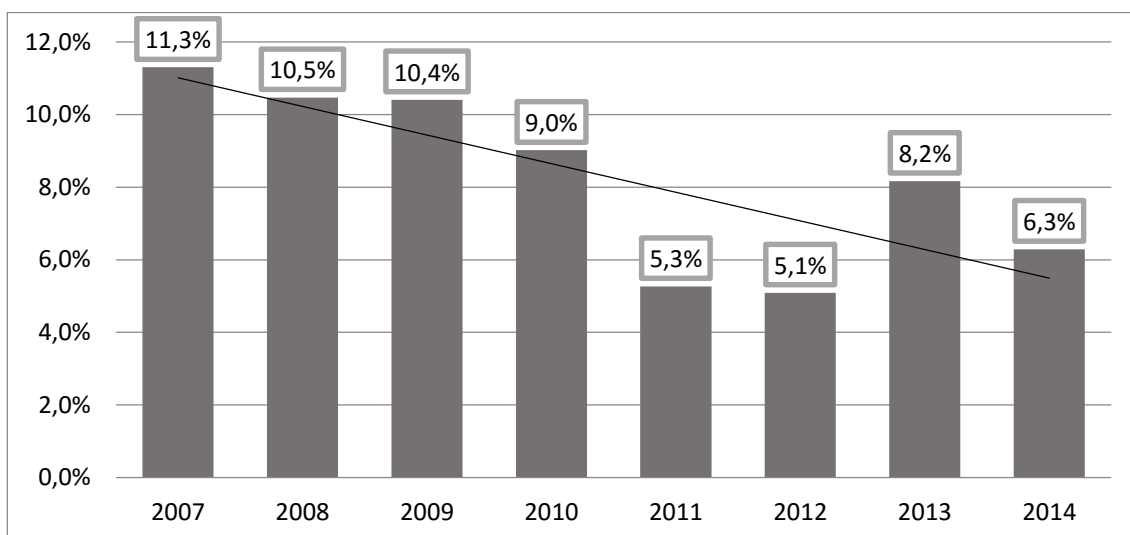
En noviembre del año 2010 se aprobaron una serie de reformas a la *Ley de Seguridad Social del Ecuador*, que incluían, entre otras, los siguientes aspectos: la protección en salud individual y familiar a los trabajadores autónomos, profesionales en libre ejercicio, patronos de negocios, dueños de empresas unipersonales, menores dependientes del jefe de hogar afiliado al sistema contributivo obligatorio, todos los afiliados del seguro social campesino, beneficiarios del montepío y mujeres jefas de hogar<sup>15</sup>. Esas reformas plantean nuevos parámetros para el financiamiento del Seguro general de salud individual y familiar, y amplía las contingencias en atención de maternidad. Asimismo, plantea incrementos en las pensiones jubilares y la atención médica desde el primer día de aportes para casos de emergencia médica.

<sup>15</sup> Art. 1 modificadorio del Artículo 10.- Reglas de Modificación y Protección. Suplemento del Registro Oficial 332, de 18 de noviembre de 2010.

Ahora bien, el incremento en la protección de la seguridad social a través de la incorporación de nueva población al régimen contributivo obligatorio, habida cuenta de las distorsiones del sistema y de las particularidades del ciclo político, quizá fue una buena medida política para la popularidad del gobierno, pero excluyó de hecho a los más pobres del sistema de seguridad social obligatoria y creó una transferencia de recursos hacia el sector privado de salud.

En efecto, la aprobación de esta ley tuvo repercusiones inmediatas en la sociedad. De un promedio de afiliación del 10% de la población total al aseguramiento privado en salud, en el año 2011, cuando empieza la aplicación de estas reformas a la seguridad social obligatoria, los afiliados al sistema privado de salud se reducen al 5,3% del total de la población. Esta caída no obedece a razones macroeconómicas sino a un efecto de oportunidad, en el cual la población que tenía un seguro privado puede deslindarse del mismo porque ahora la ampliación de la cobertura de la seguridad social le permite utilizar los beneficios del seguro de salud individual y familiar a un coste más bajo que el sistema de aseguramiento privado.

**Gráfico No. 9**  
**Tendencia histórica del aseguramiento privado en salud como % del total de la población, 2007-2015.**



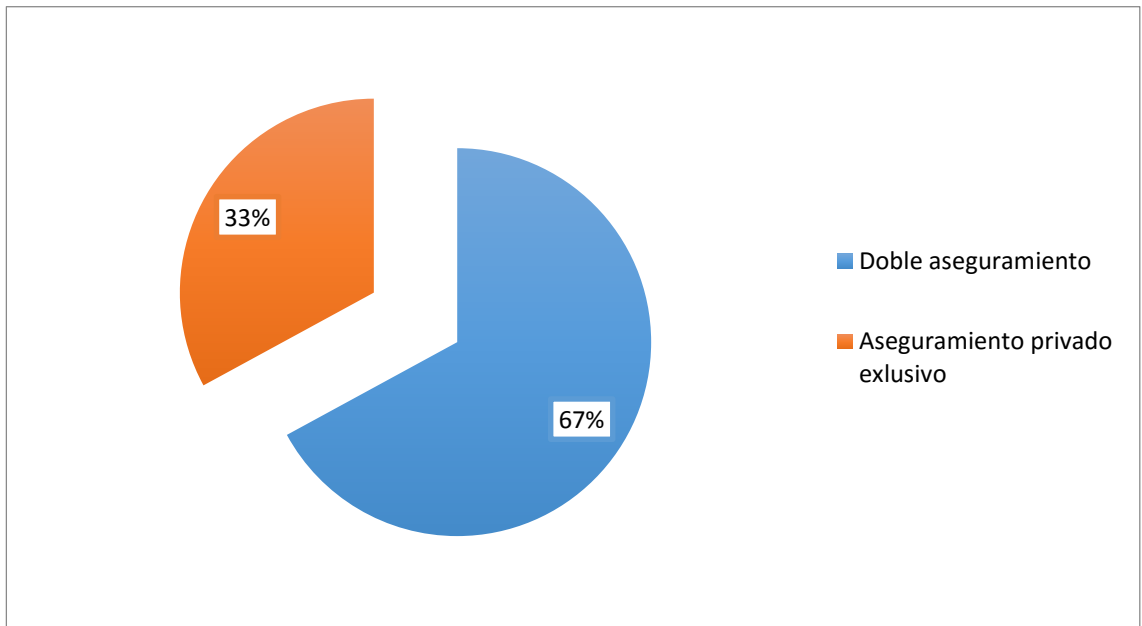
Fuente: INEC: Proyecciones poblacionales, 2010; INEC: CPV, 2010; INEC: ENEMDU diciembre de 2006-2014; INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

La ampliación de la cobertura se hizo por razones eminentemente populistas y para consolidar las posiciones electorales del partido de gobierno y su líder, por cuanto en el año 2011 se realizó un referéndum constitucional y una consulta popular que buscó, entre otros objetivos, posibilitar cambios en la administración de justicia y ejercer mayor control a los medios de comunicación. Para la coyuntura específica de ese momento era fundamental consolidar la legitimidad y la credibilidad del gobierno, de tal manera que se pueda traducir en un importante apoyo electoral, como

efectivamente sucedió. Precisamente porque la ampliación de la cobertura de la seguridad social se hizo por razones políticas, muchas personas, al ampliarse la cobertura del seguro social obligatorio, estuvieron cubiertas tanto por la seguridad social obligatoria cuanto por el seguro privado de salud. Para el año 2012 la población que tenía doble aseguramiento era mayoritaria, conforme puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 10**  
**Población con doble aseguramiento (régimen contributivo obligatorio y medicina pre-pagada), 2014.**

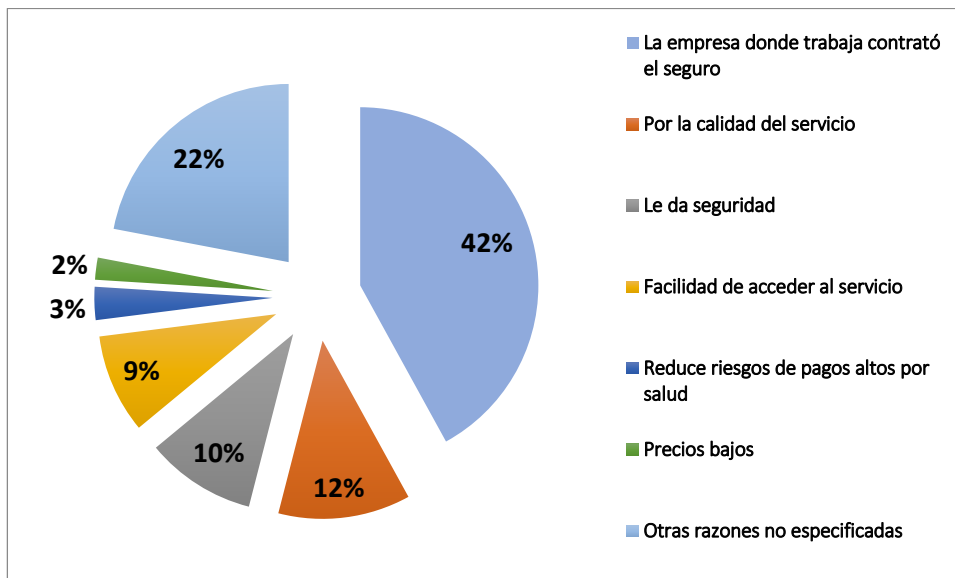


Fuente: INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

La doble cobertura en seguridad social se debió a las reformas planteadas, por lo que muchos trabajadores del sector formal tuvieron acceso a la doble seguridad en virtud de las regulaciones adoptadas, y también como parte de las políticas empresariales, conforme se puede ver en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 11**  
**Motivos del doble aseguramiento en el sistema de seguridad social**  
**obligatoria y medicina pre-pagada, 2012.**  
**En %**



Fuente: INEC: ENSANUT, 2012.

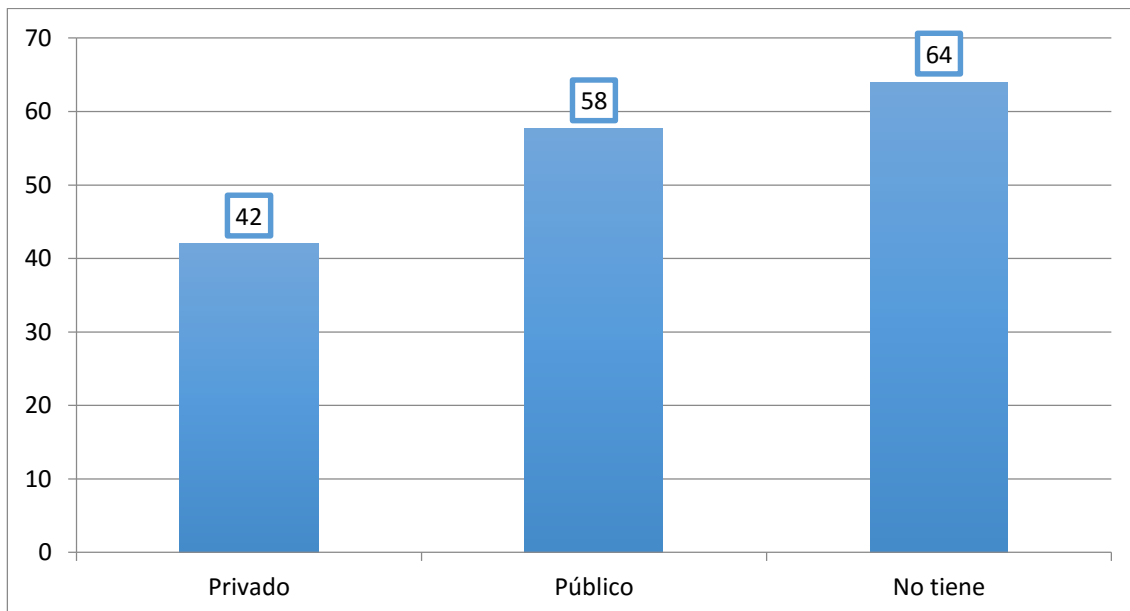
Elaboración : Autor

Como puede apreciarse, el 42% de encuestados indican que fue la política de la empresa la que optó por el doble aseguramiento. Las empresas adoptaron este comportamiento porque su costo es marginal con respecto a su gasto en nómina, y porque al tener doble aseguramiento pueden utilizar de forma indistinta sea el seguro privado o el seguro contributivo obligatorio para sus empleados, dependiendo de la gravedad de la enfermedad y del tiempo. En caso de afectaciones que no sean graves y que impliquen un rápido retorno al trabajo, la mejor opción es, para las empresas, el seguro privado, mientras que para situaciones más graves se puede recurrir al seguro social obligatorio.

Sin embargo, puede tratarse más de una apreciación subjetiva que de una realidad. De hecho, en las encuestas realizadas, el tiempo de atención en salud entre el seguro privado de salud y el seguro general obligatorio nos da los siguientes datos:



**Gráfico No. 12**  
**Tiempo promedio esperado de atención en el seguro general obligatorio y en el seguro privado de salud, 2012.**  
**En minutos.**



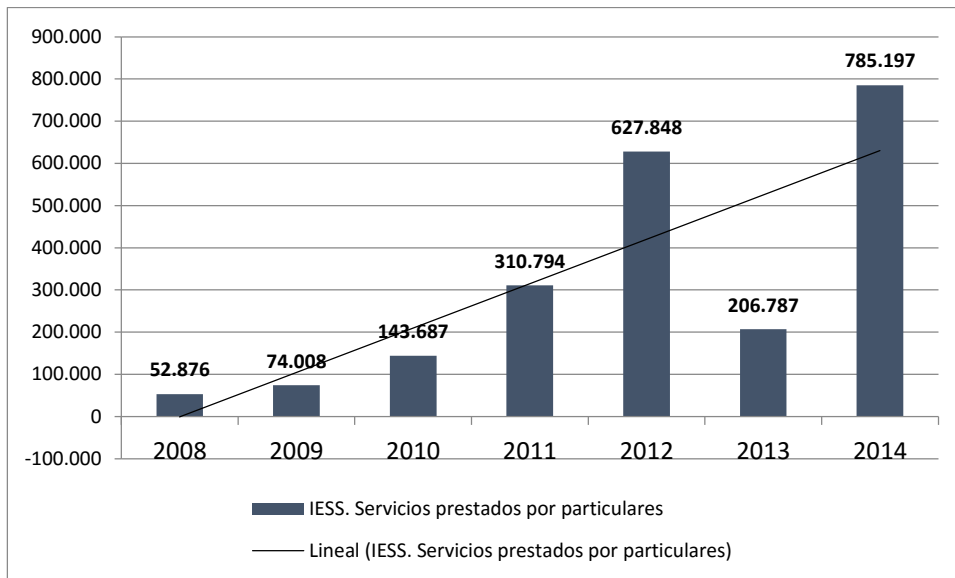
Fuente: INEC: ENSANUT, 2012

Elaboración : Autor

Mas, no solamente se profundizó el fenómeno de la doble cobertura de salud, que en un contexto en el cual el 56% de la población total no tiene ninguna cobertura de aseguramiento en salud representa una grave señal de inequidad, sino que, además, al ampliar la cobertura sin tener las posibilidades técnicas ni la infraestructura adecuada, se creó una transferencia directa de recursos desde los fondos de salud de la seguridad social obligatoria hacia el sector privado de salud.

En efecto, para cumplir con lo establecido en la *Ley Reformatoria de la Seguridad Social* de fines del año 2010, el IESS destinó importantes recursos económicos hacia las clínicas privadas. Para el año 2016 había suscrito más de 900 contratos con clínicas y hospitales privados. Mientras que en el año 2008 el IESS había destinado 52,8 millones de USD en servicios prestados por el sector privado de la salud, en el año 2014 destinó 785,19 millones de USD por ese mismo rubro. Puede apreciarse el comportamiento del pago a clínicas y hospitales privados en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 9**  
**Pagos a clínicas y hospitales privados por parte del IESS, 2008-2014.**  
**En miles de USD**



Fuente: Superintendencia de Bancos y Seguros, IESS.

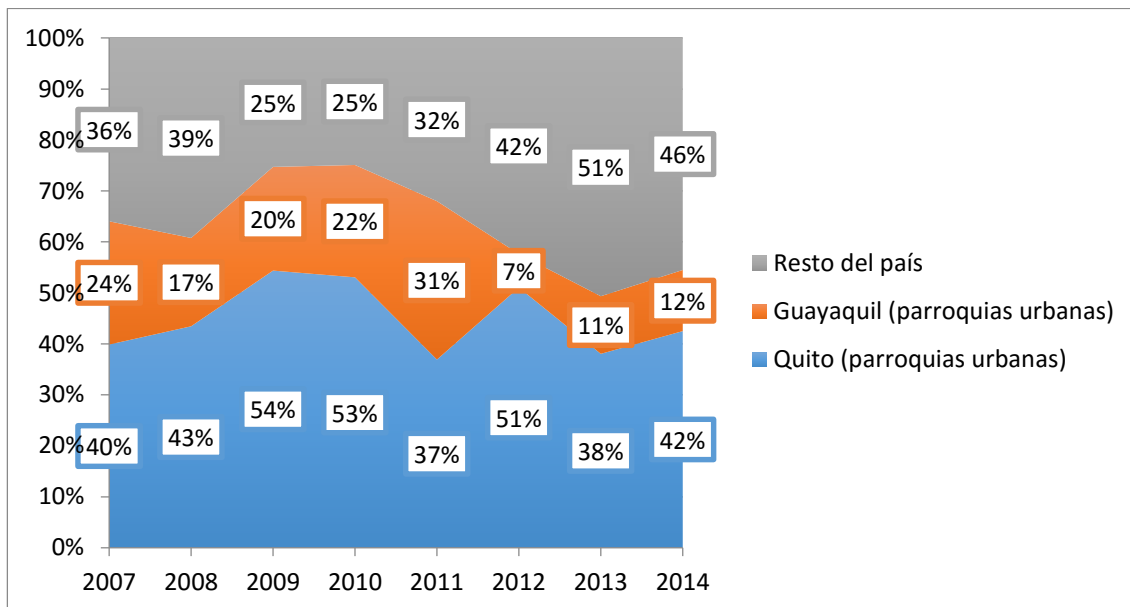
Elaboración: Autor

Para el periodo 2008-2014 el IESS habrá destinado 2.201 millones de USD para el pago de servicios prestados por el sector privado de la salud. Puede apreciarse la tendencia creciente de este rubro, que se consolida desde la aprobación de las reformas del año 2010.

La doble cobertura en seguridad social, y la transferencia neta de recursos hacia el sector privado de la salud, consolidaron un esquema inequitativo y excluyente que acentuó la segmentación del sector. En esa coyuntura, la industria de la medicina prepagada se concentró en el quintil de ingresos más altos y derivó aquellos casos más problemáticos hacia el régimen contributivo obligatorio.

El perfil del quintil de ingresos más altos es básicamente urbano (87%), y está concentrado en lo fundamental en la capital de la república:

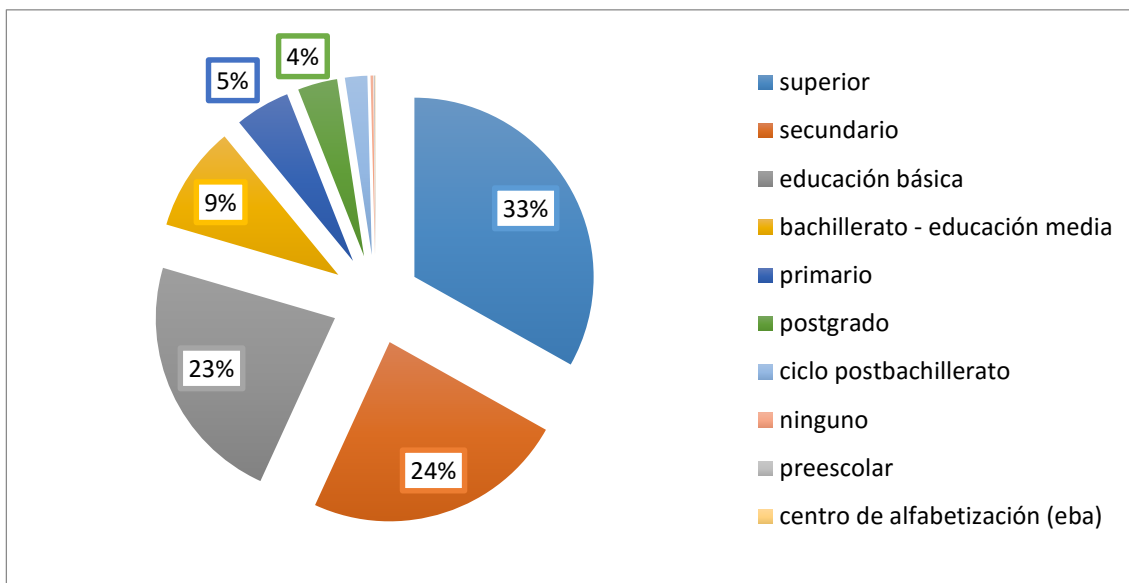
**Gráfico No. 10**  
**Distribución geográfica de la población con**  
**aseguramiento privado en salud, 2014.**



Fuente: INEC, ENSANUT.  
 Elaboración : Autor

Se trata de un sector de la población que tiene altos niveles de educación y, por lo tanto, mejores oportunidades laborales.

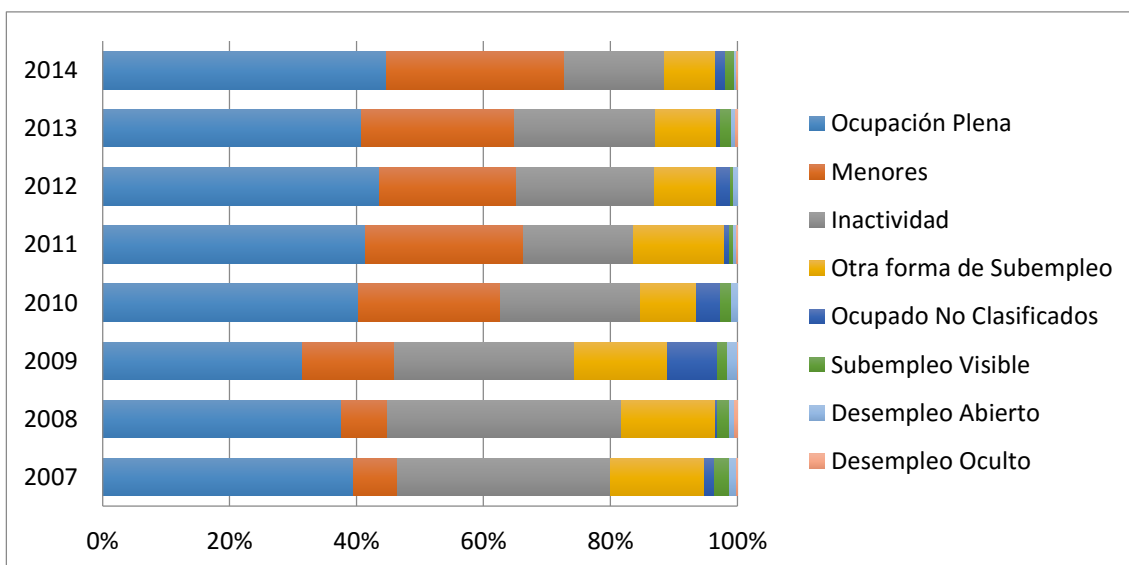
**Gráfico No.11**  
**Nivel educativo de los usuarios de la medicina pre-pagada en %, 2014.**



Fuente: INEC, ENSANUT.  
Elaboración : Autor

De la misma manera que en el año 2010 el ciclo político amplió la cobertura de la seguridad social obligatoria a la población, la industria de la medicina pre-pagada optó por una estrategia parecida cuando planteó la posibilidad de afiliaciones familiares, con precios diferenciados para los menores dependientes de los afiliados activos. Esto puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 12**  
**Población con aseguramiento privado en salud, en % de ocupación o actividad económica, 2012.**



Fuente: INEC, ENSANUT.  
Elaboración : Autor

En consecuencia, se pueden establecer algunas conclusiones:

- El ciclo político de la economía acentuó más la segmentación del sector y produjo exclusión de los sectores más pobres, un efecto que puede ser denominado como *crowding-out* social (efecto desplazamiento o exclusión);
- Amplió y profundizó el fenómeno de la doble afiliación en un contexto en el cual más del 56% de la población no tiene ningún tipo de cobertura de aseguramiento en salud;
- Provocó una transferencia neta de más de 2 mil millones de USD al sector privado de la salud.

## **El mercado de la medicina pre-pagada en el Ecuador**

La industria del aseguramiento privado en salud, para el año 2015, estuvo conformada por 24 empresas registradas en el rubro de medicina pre-pagada, con un mercado estimado en 1.008.351 clientes para el mismo año, y un nivel de facturación de 449,9 millones de USD en el año 2014. Las empresas del sector se registran en la Superintendencia de Compañías, pero son vigiladas y reguladas por el MSP.

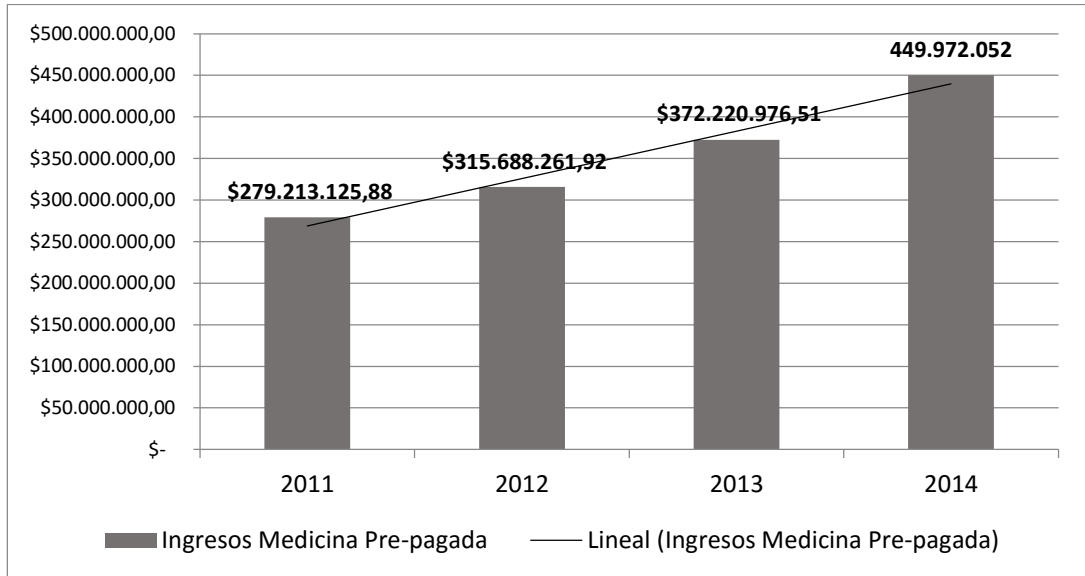
Las empresas que hacen aseguramiento privado en salud como una actividad colateral (porque su registro legal y su actividad más importante es la industria de los seguros y reaseguros), en cambio, están sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

La mayor parte de empresas de la medicina pre-pagada son controladas por el MSP. Sin embargo, este no tiene la arquitectura institucional ni la experticia suficiente para regular, controlar y vigilar a la industria de la medicina pre-pagada; los balances, estructura tarifaria, servicios y movimiento económico la sitúan por fuera de la experiencia del MSP, lo que le otorga amplios márgenes de acción y amplios grados de libertad a esta industria.

La industria de la medicina pre-pagada ha tenido un crecimiento sostenido en los últimos años. Ha podido derivar las externalidades negativas hacia el sistema nacional de salud pública y ha aprovechado la regulación laxa y casi inexistente. Asimismo, ha aprovechado el crecimiento económico y ha logrado captar a los segmentos de la población con más ingresos, al tiempo que ha sabido integrar de forma coherente a los diferentes componentes del sector privado en salud como hospitales, clínicas, tratantes, especialistas, farmacias, etc.

La serie histórica del periodo 2011-2014 muestra un crecimiento sostenido de la industria del aseguramiento privado en salud, conforme puede verse en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 13**  
**Serie histórica de los ingresos del sector de la medicina pre-pagada,**  
**2011-2014.**  
**En USD**



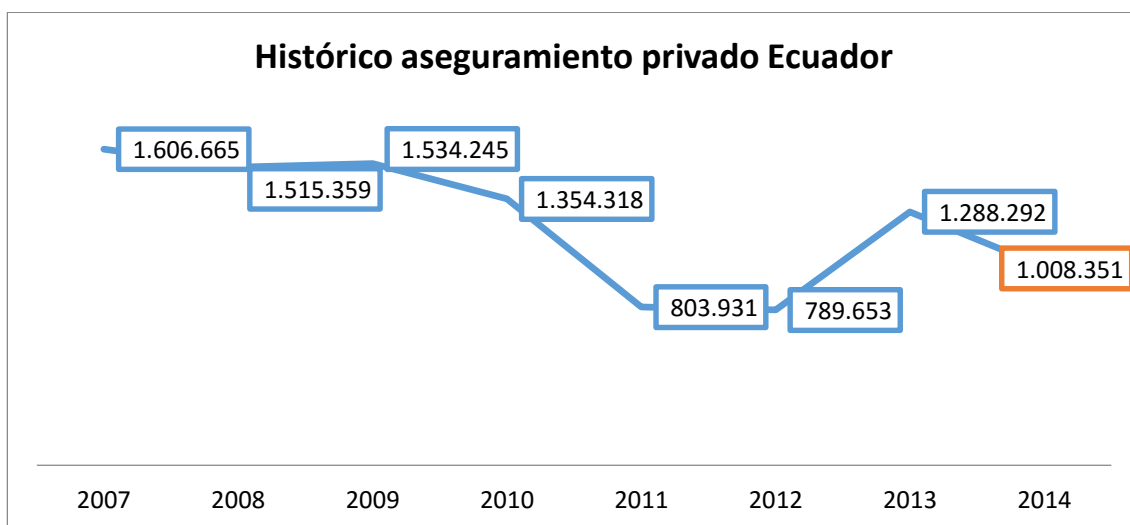
Fuente: EKOS Negocios, ranking empresarial, varios años.  
 Elaboración: Autor

Como puede apreciarse, el mercado de la salud pre-pagada creció de una facturación de 279 millones de USD a cerca de 450 millones de USD en el año 2014, a un promedio del 9,7% anual, un índice de crecimiento mayor que la tasa de crecimiento del PIB para ese mismo periodo y que la tasa de crecimiento del consumo. De la misma manera, la industria creció en términos de cobertura y pasó de 803 mil usuarios en 2011 a 1.008.531 en 2014.

Sin embargo, es necesario indicar que el sector sufrió un decrecimiento importante en el periodo 2007-2011, producto de las políticas económicas de expansión del sector público de la salud y también del régimen contributivo obligatorio. Hay que recordar que las reformas legales al seguro social obligatorio de fines del año 2010 generaron señales a los estratos más ricos de la población (que tenían contratadas pólizas de aseguramiento privado en salud) de que podían utilizar la misma infraestructura y la misma cobertura del seguro privado en salud pero sin pagar la factura, por cuanto esta era asumida directamente por el seguro social obligatorio.

En el siguiente gráfico puede observarse la dinámica de crecimiento del mercado por número de clientes para el sector durante el periodo 2007-2014:

**Gráfico No. 14**  
**Evolución del mercado de la medicina pre-pagada, 2007-2014.**



Fuente: INEC: CPV, 2010; INEC: ENEMDU diciembre de 2006-2014; INEC: ENSANUT, 2012.

Elaboración : Autor

La evolución del mercado de medicina pre-pagada en Ecuador responde a las dinámicas sociales, económicas e institucionales instauradas al tenor del ciclo político de la economía desde el año 2007. Es un mercado que ha sabido acoplarse de manera coherente a los cambios en la estructura económica de la sociedad. Su consolidación obedece al hecho de que el sistema de salud en Ecuador es altamente segmentado y con gran capacidad de maniobra institucional para cada uno de los actores que lo conforman, y que pudo aprovechar el ciclo político de la economía utilizando los recursos públicos y la infraestructura pública como mecanismo de apalancamiento para su consolidación empresarial.

En la siguiente tabla puede verse el crecimiento del mercado por ingresos de ventas y por empresas para el periodo 2011-2013:



**Tabla No. 9**  
**Evolución del mercado de la medicina pre-pagada, 2011-2014.**  
**En USD**

Razón social	Ventas			
	2014	2013	2012	2011
SALUD S.A.	137.032.857	122.627.317	109.602.812	104.072.375
ECUASANITAS S.A.	52.038.310	50.531.327	46.941.822	45.473.122
BMI Iguales	66.233.050	42.590.681	35.221.065	27.997.393
HUMANA S.A.	32.933.926	44.023.564	35.415.246	32.543.701
INTERLAB S.A.	21.596.348	16.907.161	15.715.456	14.102.781
Amedex	23.707.442	19.008.689	13.192.332	7.837.845
MEDICALFE S.A.	18.280.190	14.688.121	6.925.898	4.619.249
CRUZ BLANCA S.A.	18.064.941	12.934.228	12.392.579	11.653.294
Best Doctors	23.020.317	10.680.570	n.d.	n.d.
DIALICON S.A.	9.627.492	6.891.009	5.372.758	3.628.595
MED.I.KEN S.A.	7.071.178	5.739.773	5.054.742	4.889.230
INMEDICAL S.A.	5.322.126	8.201.021	9.295.933	6.600.323
LAB. CLINICO ARRIAGA	4.967.880	4.670.570	3.860.427	3.080.205
OMNISCAN S.A.	4.119.977	3.768.008	4.661.694	4.150.567
ALCLINIC	3.455.892	2.992.473	2.357.698	1.659.212
LABSERVICES S.A.	3.151.549	2.743.922	2.732.205	2.348.014
PASAL PATIÑO	3.021.503	2.676.708	2.804.400	2.755.453
HOSPIMAGENES S.A.	2.504.620	2.451.186	2.232.868	1.742.800
Gruentec	4.176.326	2.797.986	n.d.	1.948.835
ALFAMEDICAL S.A.	2.511.272	2.511.272	2.511.272	1.634.410
Subtotal	442.837.196	379.435.586	316.291.207	282.737.404
Empresas más pequeñas	7.134.856	5.809.894	4.927.491	4.358.160
<b>Total</b>	<b>449.972.052</b>	<b>385.245.480</b>	<b>321.218.698*</b>	<b>287.095.564*</b>

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

\* Datos provisionales

Conforme a las hipótesis planteadas, el crecimiento y consolidación del mercado de la medicina pre-pagada implica, de alguna forma, la desarticulación del sistema nacional de salud en el Ecuador. En efecto, si este mercado se estructura bajo las condiciones de riesgo e incertidumbre, el crecimiento de este mercado demuestra, precisamente, que esas condiciones no han sido alteradas de forma fundamental en la sociedad ecuatoriana, y que hay un sector de la población, ubicado preferentemente en los estratos de mayores ingresos, que desconfían del sistema de salud pública y que

prefieren la medicina pre-pagada. Este sector de la población considera que las externalidades negativas del sistema de salud pública, como por ejemplo la oportunidad de atención, la eficacia, el modelo de gestión, etc., son superadas por la industria del aseguramiento privado en salud.

Un análisis del sector, por tanto, debe considerar al menos tres dimensiones básicas: (i) la descripción del movimiento económico de las empresas que lo conforman, sus niveles de ventas y los productos que ofertan, y las dinámicas que generan; (ii) los comportamientos microeconómicos del sector, en especial las posiciones de monopolio, control y dominancia de mercado; (iii) las vinculaciones de las empresas con otros grupos económicos, y con los procesos de concentración y centralización del capital en la economía ecuatoriana.

### Las empresas de la medicina pre-pagada en Ecuador.

Las empresas de la industria de medicina pre-pagada y seguros de salud en el Ecuador, para el año 2014, son las siguientes :

**Tabla No. 10**  
**Empresas de medicina pre-pagada en Ecuador, 2014.**  
**En USD y %**

	<b>Empresas de medicina pre-pagada y seguros de salud</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Ventas</b>	<b>Utilidad</b>	<b>Impuestos</b>	<b>% Participación del mercado</b>
1	SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	Quito	137.032.857	15.614.068	3.107.793	30,45
2	BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.	Quito	66.233.050	1.924.750	383.728	14,72
3	ECUASANITAS S.A.	Quito	52.038.310	6.261.728	1.173.854	11,56
4	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	Quito	32.933.926	1.366.807	137.909	7,32
5	AMEDEX S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS	Quito	23.707.442		48.628	5,27
6	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	Guayaquil	23.020.317			5,12
7	INTERNATIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S.A.	Guayaquil	21.596.348	4.360.428	803.081	4,80
8	MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A.	Quito	18.280.190			4,06
9	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	Quito	18.064.941	1.947.125	597.659	4,01
10	CENTRO DE DIÁLISIS CONTIGO S.A. DIALICON	Quito	9.627.492	952.658	190.940	2,14
11	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S. A.	Guayaquil	7.071.178	71.614	5.404	1,57
12	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL INTERNACIONAL S.A.	Quito	5.322.126	278.181	55.906	1,18
13	LABORATORIO CLÍNICO ARRIAGA C.A.	Guayaquil	4.967.880	32.117	85.771	1,10
14	GRUENTEC CIA. LTDA.	Quito	4.176.326	943.916	150.197	0,93
15	OMNISCAN RADIÓLOGOS ASOCIADOS S.A.	Quito	4.119.977	524.218	69.273	0,92
16	LABORATORIO CLÍNICO ALCIVAR S.A. ALCLINIC	Guayaquil	3.455.892	238.302	46.599	0,77
17	LABSERVICES S.A.	Portoviejo	3.151.549	467.036	72.549	0,70
18	PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA.	Guayaquil	3.021.503			0,67
19	ALFAMEDICAL S.A.	Quito	2.511.272	202.238	64.256	0,56
20	HOSPIMAGENES S.A.	Quito	2.504.620	414.370	36.672	0,56
21	CRYO-CELL ECUADOR CIA. LTDA	Quito	2.297.671	30.635	15.271	0,51
22	MEDNET S.A.	Quito	1.697.753			0,38

23	PAN AMERICAN LIFE MEDICAL SERVICES PALICLIFE S.A.	Quito	1.604.501			0,36
24	ORENSECORP S.A.	Guayaquil	1.534.931	21.928		0,34
	<b>TOTAL</b>		<b>449.972.052</b>			<b>100</b>

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

Existen un conjunto de empresas vinculadas a los seguros de vida que también realizan, algunas de ellas, servicios de salud, como la aseguradora Raúl Coka Barriga, pero que corresponden al segmento de empresas de seguros que otorgan servicios de salud, y que son controladas por la Superintendencia de Bancos y Seguros. No son empresas especializadas en medicina pre-pagada.

### **Servicios y tarifas de las empresas de medicina pre-pagada.**

Las empresas de medicina pre-pagada ofertan paquetes de servicios a nivel individual, familiar y corporativo. En el caso de la empresa más importante del sector (Salud S.A.), que de acuerdo a la Tabla No. 10 tenía una participación de mercado del 30,45%, la cobertura en salud individual era más importante que los productos corporativos<sup>16</sup>. Las empresas del sector tienden a privilegiar los contratos individuales porque les otorgan mayores ventajas económicas de negociación, control de costos de transacción, apalancamiento y mejor nivel de control que los contratos corporativos. Esto demuestra la forma con la cual la industria cambia las coordenadas de los procesos de selección adversa y asimetrías de información y las transfiere hacia los usuarios del sistema.

Los productos que oferta la industria dependen de la tarifa del paquete y de los ingresos a futuro del cliente, así como del costo marginal de los servicios que oferta. Algunas de las empresas de medicina pre-pagada también ofertan seguros de vida, dependiendo de la tarifa que esté dispuesto a pagar el consumidor. Los paquetes se diseñan en función del estrato social al que apuntan, que en todos los casos son los quintiles de mayores ingresos. La industria no ha diseñado ningún paquete o programa de servicios de cobertura o salud pre-pagada para los estratos de menores ingresos de la población. Tampoco tiene subsidios para los sectores más pobres. Es una industria cuyo target siempre está en los sectores de mayores ingresos económicos de la sociedad.

La tarifa más barata para ingresar al sistema de medicina pre-pagada en el año 2014 era de 30 USD, que correspondía al 8,8% del salario mínimo de ese año. La tarifa más alta, en cambio, representaba el 40% del salario mínimo de ese mismo año. Esa estructura tarifaria se mantuvo también en el año 2015 y 2016. En todos los casos, la tarifa es un mecanismo que la industria del aseguramiento privado en salud utiliza para excluir a los sectores de los quintiles más pobres de la población, cuyo perfil

---

<sup>16</sup> Para el año 2014, los productos de salud individual representaron el 48% de las ventas de Salud S.A. (Corrales Salas & Quinapallo Vera, 2015)

epidemiológico tiene más riesgo que aquel de los quintiles más ricos de la población, y en donde los costos de transacción son mayores, al igual que los costos marginales del sector.

En el año 2014, la tarifa promedio del sector se situó en 441,2 USD anuales, es decir, 36,7 USD mensuales. La mayoría de paquetes son anuales y excluyen, en su mayoría, enfermedades pre-existentes, crónicas, y catastróficas. Cuando la industria detecta usuarios con la posibilidad de alto riesgo en salud y susceptibles de enfermedades con altos costos de tratamiento, recuperación y terapia, intenta derivar esos usuarios al régimen contributivo obligatorio, o asumir los costos de transacción por incumplimiento de contrato.

La industria, además, tiende a crear un costo adicional en el contrato para disuadir a los clientes de entablar procesos legales en casos de incumplimiento por parte de las empresas. Las instituciones públicas de defensa del consumidor, o las instituciones de vigilancia y control a la industria, solamente hacen un seguimiento marginal de las denuncias de incumplimiento de contrato. Ello le da un margen de maniobra importante a la industria del aseguramiento privado en salud, que puede asumir los costos de transacción derivados del incumplimiento del contrato, porque esos costos son mínimos en comparación al costo de atender a los usuarios con más riesgo.

Asimismo, la mayor parte de empresas de medicina pre-pagada se articula con hospitales, clínicas, laboratorios y consultorios privados que están dentro de una órbita de su propio control. En efecto, las empresas de la industria optan por ser sistemas cerrados en los cuales los médicos, tratantes, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, entre otros, están previamente determinados por las empresas de medicina pre-pagada, que asumen contratos de prestación de servicios con los proveedores privados de salud dentro de una lógica de integración horizontal.

Las empresas pueden actuar de forma articulada con hospitales, clínicas o laboratorios privados que, a su vez, forman parte del mismo grupo económico, como por ejemplo la empresa Humana S.A. o el grupo Conclina, que, al mismo tiempo, es también accionista de Salud S.A. (Corrales Salas & Quinapallo Vera, 2015). En consecuencia, se trata de una industria con altos niveles de integración horizontal, en el que los accionistas de la industria del aseguramiento privado en salud son también accionistas de los hospitales, clínicas y laboratorios que se utilizan como proveedores de servicios.

La industria trata de cruzar los costos operativos con empresas asociadas al mismo grupo económico, de tal manera que se produce una circulación de liquidez al interior del mismo grupo económico. El mejor ejemplo es la empresa Salud S.A., como puede apreciarse en la siguiente tabla:

**Tabla No. 11**  
**Proveedores y prestadores de la empresa Salud S.A., 2014**

Proveedor	%
Promotores Médicos Latinoamericanos	31,50
Equivida	18,81
Operadora productos marinos Omarsa	10,00

Corporación Ecuatoriana de Televisión	4,48
Intelca Cía. Ltda.	3,54

Fuente: Corrales Salas & Quinapallo Vera, 2015.

Elaboración: Autor

En el ejemplo anterior puede verse que las empresas que aparecen como principales proveedores de Salud S.A. son Promotores Médicos Latinoamericanos y Equivida, pero ambas empresas pertenecen al mismo grupo económico Futuro S.A., cuyo principal accionista es Roque Sevilla. Este grupo económico, a su vez, es el principal accionista de Salud S.A. De esta forma, los grupos económicos logran apalancamientos financieros entre las diferentes empresas, utilizando la misma liquidez que circula al interior del mismo grupo.

En el caso de Salud S.A., que capta más del 30% del mercado de esta industria, en el año 2014 el 72.3% de sus ingresos (99,19 millones de USD) fueron costos directos de esa empresa. Ahora bien, de esos costos directos, el 50,3% (49,89 millones de USD) fueron pagos directos a las empresas Promotores Médicos Latinoamericanos y Equivida, ambas pertenecientes al mismo grupo económico (grupo Futuro S.A.). La integración horizontal de la industria permite que un volumen importante de liquidez circule dentro del mismo grupo, lo que determina mayores niveles de apalancamiento financiero, menores costos financieros, márgenes de rentabilidad más amplios y precios de primas, seguros y coberturas más altos para los usuarios del sistema.

Por ello, la industria trata de realizar alianzas estratégicas con hospitales, clínicas, especialistas y laboratorios, e integrarlos al interior de una sola estructura y dinámica económica.

Los productos, tarifas y servicios que presta la industria de la medicina pre-pagada se condensan en la siguiente tabla:

**Tabla No. 12**  
**Productos, cobertura y tarifas de servicios de las empresas de medicina pre-pagada en Ecuador, 2014.**

EMPRESA	PRODUCTOS	TIPOS	COBERTURA		TIEMPO	TARIFAS	
			DESDE	HASTA		DESDE	HASTA
SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA	Individuales, corporativos	Práctico, ideal, élite, privilegio, oncocare, salud, dental, exequial, vida, accidentes, enfermedades graves.	\$ 30.000	\$ 1.000.000	Cobertura médica anual.	\$ 31	\$ 90
ECUASANITAS S.A.	Individuales, corporativos	Total a elegir, hospitalario, ambulatorio.	100% medicinas		Cobertura médica anual.	\$ 40	\$ 120
MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A.	Individuales, corporativos	Premium, selecto, full, clásico, preferido, plan dental.	\$ 15.000	\$ 300.000	Cobertura médica anual.	\$ 40	\$ 130

INTERNACIONAL LABORATORIES SERVICE INTERLAB S.A.	Exámenes de laboratorio.					
MEDICINA DEL FUTURO DEL ECUADOR MEDICALFE S.A.	Clínica de diagnóstico vascular.					
MEDICINA PREPAGADA CRUZ BLANCA S.A.	Individuales, corporativos	Empresarial, nueva vida, pasitos, mfo.	100% medicinas	Cobertura médica anual.	\$ 38	\$ 90
CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S.A DIALICON	Diálisis peritoneal	Tratamiento hemodiálisis	Pacientes del IESS y pacientes diagnosticados con enfermedades renales en hospitales públicos.	Cobertura médica anual.	Depende del diagnóstico	

EMPRESA	PRODUCTOS	TIPOS	COBERTURA		TIEMPO	TARIFAS	
			DESDE	HASTA		DESDE	HASTA
MED.I.KEN.MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S.A.	Individuales, corporativos	Planes familiares totales y parciales.	\$ 2.000	\$ 150.000	Cobertura médica anual.	\$ 40	\$ 100
COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A	Corporativo, familia	Pequeñas, medianas empresas, familia, medicina ocupacional.	100% medicinas y hospitales.		Cobertura médica anual.	Depende del plan a escoger y del número de integrantes de la familia.	
LABORATORIO CLÍNICO ARRIAGA S.A.	Laboratorios	Bacteriológico, bioquímico, inmunología, hemostasia.	Exámenes de laboratorio.				
OMNISCAN RADIÓLOGOS ASOCIADOS S.A.	Rayos X	Radiología digital, dental, ultrasonido, tomografía axial, resonancia magnética, mamografía.	Tomas de rayos X tarifa independiente de cada pedido.				
LABORATORIO CLÍNICO ALCÍVAR S.A. ALCLINIC	Laboratorio	Microbiología, inmunología.	Exámenes de laboratorio.				
LABSERVICES S.A.	Laboratorio	Bacteriológico, bioquímica, inmunología, hemostasia.	Exámenes de laboratorio.				
PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA	Medicina para tratamiento renal.						
HOSPIMAGENES S.A.	Resonancias magnéticas.						
ALFAMEDICAL S.A.	Individual, corporativo	Gama, corporativo.	\$ 2.000	\$ 30.000	Cobertura médica anual.	\$ 50	\$ 135

Fuente: páginas web de las empresas de medicina pre-pagada.

Elaboración: Autor

Los programas de cobertura o servicios que oferta la industria no están en función de las necesidades de sus clientes, y menos aún en función de la atención en salud a un sector de la población, sino más bien en términos de expansión de mercado, marketing, publicidad y consolidación empresarial.

La industria, actualmente, ha logrado obtener información precisa sobre el riesgo epidemiológico del target al que apunta, conoce la morbi-mortalidad de este

sector y sabe la probabilidad de riesgo que presenta; en consecuencia, para la industria del aseguramiento privado en salud, al menos en el caso del Ecuador, no existen asimetrías de la información, tampoco problemas de selección adversa ni problemas de principal-agente. La industria del aseguramiento privado en salud ha logrado resolver y superar esos problemas microeconómicos gracias al manejo de información que tiene sobre sus clientes.

Ahora bien, si la industria ha logrado resolver esos problemas, su estructura tarifaria no está en función de compensar el riesgo y la incertidumbre, sino que cumple la función de apalancamiento de todo el sistema. Por ejemplo, en el caso de Salud S.A., los costos de médicos, tratantes, especialistas, laboratorios, tratamientos y hospitalización son relativamente altos, porque la empresa que los otorga (Promotores Médicos Latinoamericanos) también factura con costos relativamente altos. En el caso de Equivida, su costo financiero también es alto. En consecuencia, la tarifa tiene que sostener los altos costos de la industria y no los riesgos y la incertidumbre del sector. En otras palabras, el costo que la industria cobra a los usuarios nada tiene que ver con los servicios que puede prestar, sino con las posibilidades que la misma industria ha determinado para apalancarse a sí misma.

El precio de la tarifa se desprende, por así decirlo, de los costos marginales de la industria, y mantiene una lógica de elasticidad-precio, es decir, está definida en función de cuánto podría pagar el usuario de acuerdo con su nivel de ingresos, sus expectativas y su propia función individual de maximización del servicio que adquiere.

En el siguiente cuadro puede verse la estructura de ingresos en el caso de Salud S. A.:

**Tabla No. 13**  
**Ingresos, costos y beneficios de las empresas del grupo Futuro S.A., 2014.**  
**En USD y %**

	<b>SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.</b>	<b>EQUVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.</b>	<b>PROMOTORES MEDICOS LATINOAMERICANOS LATINOMEDICAL S.A.</b>
Ingresos en USD	137.032.857	65.530.638	31.706.519
% Costos/Ingresos	72,30%	75%	77%
%Beneficios/Ingresos	10,80%	4,2%	3,9%

Fuente: SRI; EKOS Negocios, 2016; Corrales Salas & Quinapallo Vera, 2015.

Elaboración: Autor

La estructura tarifaria del sistema de medicina pre-pagada sostiene la utilidad general de las empresas integradas horizontalmente dentro del mismo grupo económico. La tarifa es alta porque los prestadores de servicios encarecen el costo, pues están encadenados al mismo grupo económico. Es decir, el ingreso de Promotores Médicos Latinoamericanos y Equivida depende de la facturación de Salud S.A. Esto significa que la tarifa de la medicina pre-pagada apalanca las utilidades no solo de esta

industria, sino también de las empresas integradas horizontalmente al grupo económico.

Puede apreciarse, de acuerdo a los datos anteriores, que el grupo Futuro S.A. se apalanca en la empresa Salud S.A., y puede obtener una utilidad conjunta de las tres empresas señaladas de alrededor del 18 %. Empero, la utilidad del grupo puede ser aún mayor porque la empresa Equivida, a su vez, se apalanca en la empresa Seguros Equinoccial S.A., que pertenece al mismo grupo Futuro S.A. La integración horizontal permite a la industria maximizar su rentabilidad.

Existe, por tanto, una asimetría entre el costo promedio de la tarifa y los servicios que presta la industria. La tarifa promedio no está definida en función de los costos marginales de la industria, sino en función de su posibilidad de apalancamiento a todo el sector.

El cliente del sistema de aseguramiento privado en salud no sabe que los proveedores que prestan los servicios de salud a la empresa de medicina pre-pagada pertenecen, en su mayoría, al mismo grupo económico o al mismo grupo de accionistas. La tarifa que el usuario paga es por un conjunto de prestaciones médicas, incluyendo tratamiento, medicinas, exámenes de laboratorio, hospitalización, entre otros, sin considerar que está pagando por una estructura altamente integrada.

Al ser una estructura integrada, la misma tarifa que paga el usuario de la medicina pre-pagada cubre a los proveedores de la industria y al financiamiento; pero en la mayoría de casos, los accionistas son los mismos. Precisamente por ello las tarifas son tan costosas.

La industria de la medicina pre-pagada tiene también altos costos de transacción porque el contrato define la relación con el cliente y los servicios que este contrata. La industria trata de utilizar el contrato en beneficio propio, y establece cláusulas restrictivas que acotan la amplitud del servicio efectivamente prestado, aunque la publicidad de la industria establezca lo contrario.

### **Aseguradoras de vida y salud.**

De acuerdo al periodo de análisis en el que se desarrolla esta investigación, también se han tomado en cuenta aseguradoras que fueron liquidadas en su momento, o que pasaron a formar parte de otras en una fusión de empresas; estas son Seguros Pichincha, Equivida Compañía de Seguros, Pan American Life Insurance, Seguros de Vida Colvida, Bupa Compañía de Seguros, BMI Compañía de Seguros, Seguros de Vida Latina Vida y Long Life Seguros.

Uno de los principales componentes del negocio son las primas emitidas por riesgo, que son la cantidad de seguros contratados, mientras que el costo de siniestros es la cantidad de pagos que realiza una aseguradora con respecto a la prima que el cliente contrató una vez que ocurre el siniestro.

En el año 2014 la prima neta emitida fue de 1.703 millones de USD, es decir, existió un crecimiento de 2,6% con respecto al año 2013, según datos obtenidos de la Superintendencia de Bancos. Entre las cinco instituciones que registran una alta prima



neta se encuentra Seguros Pichincha, con 93,8 millones de USD de primas netas emitidas, es decir, 14,4% de crecimiento<sup>17</sup>.

En este sentido, Seguros Pichincha se encuentra a la cabeza en el ramo de seguros de vida, con niveles de activos de 97,8 millones de USD y de primas netas emitidas de 93,8 millones de USD; ocupa el segundo lugar en volumen de utilidades brutas, con 14,1 millones de USD; por estas razones, esta empresa es líder en el ramo de seguros de vida.

Luego se encuentra Equivida, cuyo reporte de utilidades brutas fue de 3,3 millones de USD, con primas netas emitidas de 61,5 millones de USD; es la primera en seguros de vida individuales (9,9 millones de USD), ocupa la segunda posición en el ramo de seguros de vida en grupo (38,9 millones de USD), mientras que en el segmento de accidentes personales (12,7 millones de USD) es la tercera a nivel nacional.

**Tabla No.12**  
**Empresas de seguros de vida y seguros de salud.**

ENTIDAD	Ventas	Utilidad	Impuestos	Grupo económico
PICHINCHA	137.679.589	11.566.368	2.481.624	Pichincha
EQUIVIDA	65.530.638	2.752.115	297.149	Futuro
PAN AMERICAN LIFE	62.776.864	271.642	257.420	Pan American
COLVIDA	16.378.235	146.758	123.488	
BMI	18.149.658	1.201.450	242.554	BMI
LATINA VIDA	3.137.032	418.471	150.515	
LONG LIFE SEGUROS	6.708.628	61.935	29.061	

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

---

<sup>17</sup> El texto hace referencia al análisis de la revista EKOS, que hizo una edición especial sobre seguros en el año 2014.

## **Microeconomía de la medicina pre-pagada en el Ecuador: concentración de mercado e Índice HHI**

Los costos de la industria del aseguramiento privado en salud y la estructura tarifaria obedecen a las lógicas de integración horizontal de las empresas de los grupos económicos del sector, en donde la empresa de medicina pre-pagada cumple con el rol de ser el primer eslabón de ese apalancamiento para las otras empresas del grupo económico. La integración horizontal, a su vez, encarece los costos del sector y, por tanto, el costo marginal que incide en el precio final de la tarifa. Este, a su vez, se define en función de la elasticidad-ingreso del target, que está conformado por los quintiles de mayores ingresos de la sociedad.

Al mismo tiempo, la industria de la medicina pre-pagada presenta altos niveles de concentración de capital y estructuras de monopolio, que mantienen un poder de dominancia sobre este mercado. De esta manera, el costo de la tarifa del servicio de la medicina pre-pagada no solo que permite el apalancamiento de la integración horizontal de la industria, sino que también facilita que el precio de la tarifa permita que la utilidad se convierta en renta de monopolio.

Cuando hay estructuras de monopolio en un mercado, los precios relativos de ese mercado se alteran y pasan a depender de la forma por la cual la empresa monopólica decide el precio y este tiende a asegurar la dominancia de mercado. Si bien el precio está en función de la elasticidad-ingreso de los consumidores, es decir, cuánto incremento de precios estarían dispuestos los consumidores a soportar en un bien que ellos consideran importante, también es cierto que las estructuras monopólicas pueden “jugar” con los precios en función de sus propias expectativas de mercado.

En una estructura monopólica el precio de mercado es el precio que impone el monopolio. En ese sentido, el precio de monopolio es el precio marginal para las empresas del sector. En efecto, el monopolio impone el precio a todo el sector porque ello le permite controlar el mercado y utilizar la posible competencia como mecanismo complementario para incrementar sus propias ganancias.

Se establece una estructura monopólica en un mercado cuando un pequeño número de empresas controlan el mercado. En la industria del aseguramiento privado en salud tres empresas controlan el 56,73% de participación de todo el mercado (Salud S.A., BMI Igualas y Ecuasanitas S.A.). Empero, la participación monopólica depende también de su nivel de control de mercado más que de su participación en el mercado.

Efectivamente, una cosa es la cuota de participación de mercado y otra es la capacidad monopólica que tienen las empresas para controlar los mercados. Entre la primera y la segunda media lo que la microeconomía denomina “economías de escala”. A medida que una empresa tiene mayor poder de mercado incrementa su economía de escala con respecto a las demás empresas. Por lo tanto, incrementa también su capacidad de control del mercado, una capacidad que es mayor que su cuota de participación en el mercado y que se expresa por su posibilidad de imponer sus costos marginales como la estructura de costos de todo el sector, así como su capacidad para absorber a los nuevos clientes.

Para calcular el nivel de control de mercado la economía utiliza el denominado Índice Herfindahl-Hirschmann (IHH), cuya fórmula es la siguiente:

$$IHH = \sum_{i=1}^N s_i^2$$

En donde:

- IHH es el indicador de concentración de mercado.
- N es el número de empresas.
- S es la participación en el mercado (ventas).

Este indicador intenta ser más preciso que la cuota de participación en el mercado, y trata de visualizar la dinámica de monopolio o libre competencia para un mercado. En ese sentido, los parámetros que se establecen desde el Índice IHH son los siguientes:

- IHH < 1.500 : mercado no concentrado y de competencia.
- IHH entre 1.500 a 2.500 : mercado moderadamente concentrado.
- IHH > a 2.500 : mercado altamente concentrado<sup>18</sup>.

El cálculo del índice IHH para el subsector de la medicina pre-pagada y seguros de salud, con datos de ventas del año 2014, nos da los siguientes resultados:

---

<sup>18</sup> Ver Stiglitz & Walsh, 2008.

**Tabla No. 13**  
**Indicador de concentración de mercado de**  
**empresas de medicina pre-pagada, 2014.**

Tamaño de mercado empresas medicina pre-pagada	IHH Indicador de concentración de mercado
137.032.857	1,8778E+16
66.233.050	4,38682E+15
52.038.310	2,70799E+15
32.933.926	1,08464E+15
23.707.442	5,62043E+14
23.020.317	5,29935E+14
21.596.348	4,66402E+14
18.280.190	3,34165E+14
18.064.941	3,26342E+14
9.627.492	9,26886E+13
7.071.178	5,00016E+13
5.322.126	2,8325E+13
4.967.880	2,46798E+13
4.176.326	1,74417E+13
4.119.977	1,69742E+13
3.455.892	1,19432E+13
3.151.549	9,93226E+12
3.021.503	9,12948E+12
2.511.272	6,30649E+12
2.504.620	6,27312E+12
2.297.671	5,27929E+12
1.697.753	2,88237E+12
1.604.501	2,57442E+12
1.534.931	2,35601E+12
<b>TOTAL</b>	<b>2,94631E+16</b>

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

En virtud de los cálculos realizados, se obtiene un índice de concentración de mercado (IHH) para la industria de la medicina pre-pagada y seguros de salud de:

IHH: 2.946

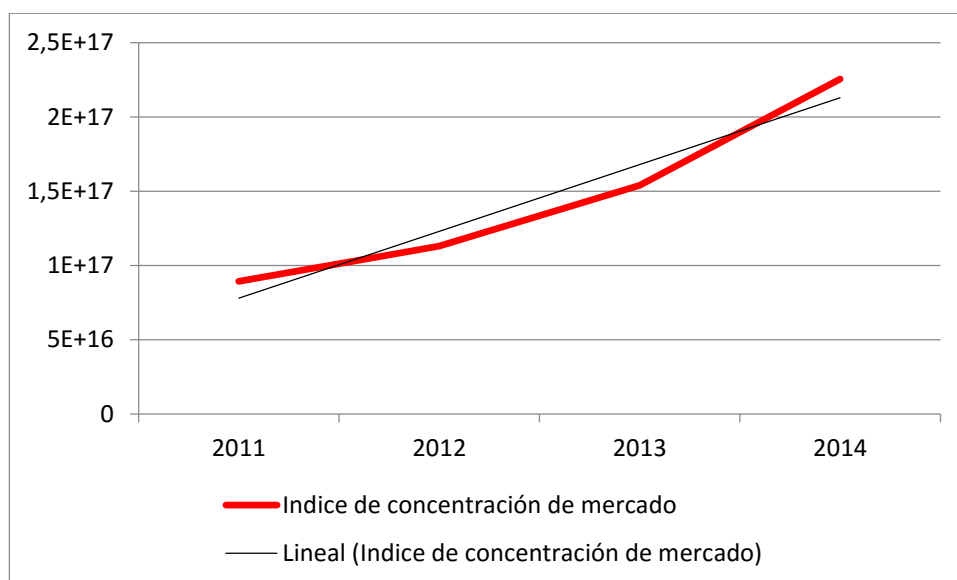
Este indicador es mayor a 2.500, y nos muestra que la industria de la medicina pre-pagada y seguros de salud es altamente concentrada. Es una industria que no actúa bajo los parámetros de libre competencia. En consecuencia, los precios de esta industria

no son precios de libre mercado, son precios de monopolio. Si son precios de monopolio, entonces la empresa dominante impone su estructura de precios a todo el sector.

Es necesario comprender que la dinámica de concentración de mercado es un proceso histórico, en el cual la empresa dominante utiliza su capacidad de control de mercado para consolidarse en el tiempo. Es decir, la empresa, o el conjunto de empresas monopólicas, tienden a asegurar su control de mercado en el tiempo utilizando su poder de monopolio para evitar la libre competencia.

Esto puede verse en la serie histórica del Índice IHH de la medicina pre-pagada para el periodo 2011-2014, que presenta rangos crecientes de concentración de capital para cada uno de los años:

**Gráfico No. 15**  
**Índice IHH de concentración de mercado:**  
**medicina pre-pagada, 2011-2014.**



Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

Es paradójico el hecho de que a fines del año 2011 el Ecuador creó, mediante la *Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado*, la Superintendencia de Control de Poder del Mercado <sup>19</sup>, y que justamente a partir de ese periodo los índices de concentración de capital y dominancia de mercado se hayan incrementado de forma tan significativa, como es el caso de la industria de la medicina pre-pagada. Esto demuestra la capacidad de la industria para acoplarse a los marcos institucionales existentes, y el hecho de que las regulaciones y leyes, por más restrictivas que puedan

---

<sup>19</sup> Suplemento Registro Oficial No. 555, de 13 de octubre de 2011.

ser para el sector, no alteran en absoluto sus dinámicas de concentración y monopolización.

En efecto, la capacidad monopólica significa también capacidad de control del mercado. Esta capacidad de control de mercado se expresa en la posibilidad que tiene la empresa monopólica de estructurar precios, definir estrategias y capturar clientela independientemente de los mecanismos de libre competencia. Esta capacidad de control de mercado se mide por el Índice de dominancia de mercado (IHH\*).

El Índice de dominancia de mercado (IHH\*) es un indicador de referencia en el supuesto de que el volumen de ventas de las empresas se repartiesen de la misma forma para todas las empresas que conforman el sector.

En el caso del subsector de la medicina pre-pagada, el volumen total de ventas de las 24 empresas para el año 2014 fue de 449, 9 millones de USD. Si todas hubiesen tenido la misma participación en el mercado, su índice IHH habría sido de 843, que indica un mercado no concentrado y de alta competencia, en el cual todas las empresas habrían tenido la misma importancia, y en el cual el ingreso marginal de las empresas habría sido exactamente igual a sus costes marginales.

El indicador IHH\* sirve para calcular el poder de mercado, es decir, la capacidad que tienen las empresas para distorsionar el mercado en beneficio propio. El poder de mercado se calcula de la siguiente manera:

- IHH – IHH\* menor a 1.500: escasa capacidad de distorsionar el mercado.
- IHH – IHH\* entre 1.500 y 2.500: moderada capacidad de distorsionar el mercado.
- IHH – IHH\* mayor a 2.500: importante capacidad de distorsionar el mercado.

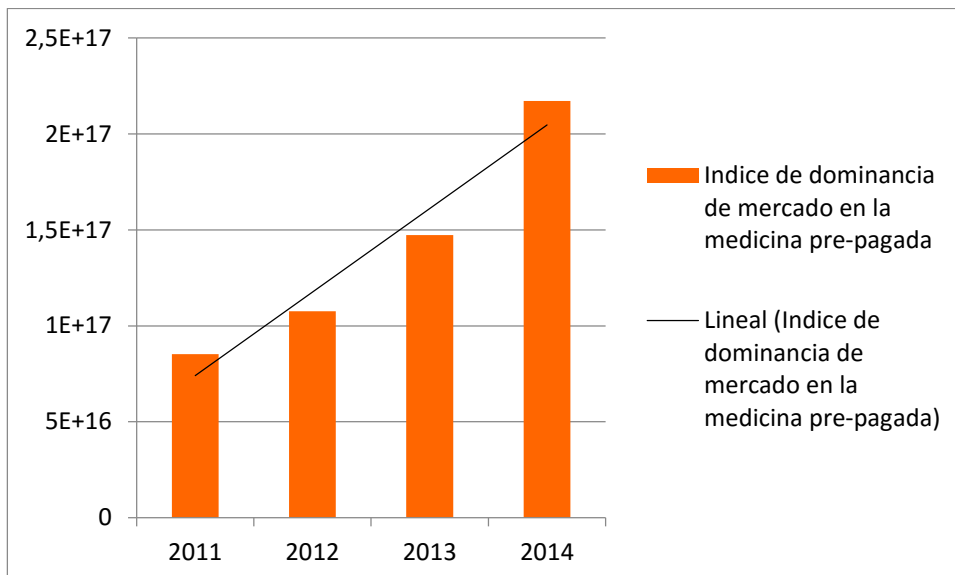
El indicador de poder de mercado para el subsector de la medicina pre-pagada y seguros de salud es el siguiente:

$$2.946 \text{ (IHH)} - 843 \text{ (IHH*)} = 2.103$$

La medida de posición dominante de mercado en la medicina pre-pagada en el Ecuador corresponde a 2.103, que es moderadamente alta, en virtud de que tiende al límite superior de capacidad de distorsión del mercado.

En el siguiente gráfico puede observarse la tendencia histórica, desde el periodo 2011-2014, del poder de dominación de mercado (IHH\*) al interior de la industria de la medicina pre-pagada y de los seguros de salud en el Ecuador. De la misma manera que se pudo observar un incremento de los índices de concentración y monopolización en el sector, puede advertirse asimismo un crecimiento del índice de poder de dominancia mercado (IHH\*) en ese periodo:

**Gráfico No. 16**  
**Índice de dominancia de mercado en la medicina pre-pagada,**  
**2011-2014.**



Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

Puede apreciarse que la industria está sometida tanto a procesos de concentración de capital y monopolio cuanto a procesos de dominancia de mercado. Ahora bien, es necesario identificar con mayor precisión las empresas monopólicas y su nivel de dominancia de mercado (IHH\*).

Para comprender la importancia de cada empresa dentro de su capacidad de concentración de mercado y su poder de dominancia de mercado, es necesario establecer el porcentaje de concentración del mercado de cada empresa a partir de su Índice IHH particular. Esto nos muestra la capacidad de control de mercado de cada empresa.

Los datos nos indican que en el sector de la medicina pre-pagada, las cuatro empresas más grandes (Salud S.A., BMI, Ecuasanitas y Humana S.A.), tienen la capacidad de concentrar más del 90% del mercado, medido en términos de IHH, y una sola de ellas (Salud S.A.) tiene una capacidad de control de mercado mayor al 60%.

**Tabla No. 14**  
**IHH por empresa. Diez empresas más grandes del sector de la**  
**medicina pre-pagada, 2014.**

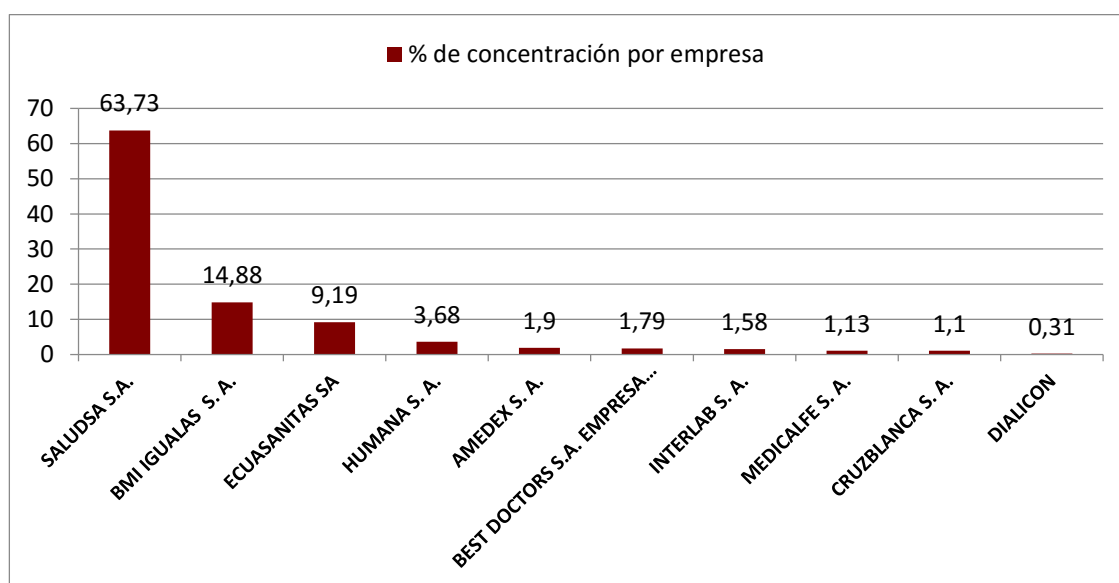
	Empresas de medicina pre-pagada y seguros de salud	Tamaño del mercado	IHH	% de concentración por empresa
1	SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S. A.	137.032.857	1,8778E+16	63,73
2	BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S. A.	66.233.050	4,38682E+15	14,88
3	ECUASANITAS S.A.	52.038.310	2,70799E+15	9,19
4	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.	32.933.926	1,08464E+15	3,68
5	AMEDEX S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	23.707.442	5,62043E+14	1,90
6	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	23.020.317	5,29935E+14	1,79
7	INTERNATIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S A.	21.596.348	4,66402E+14	1,58
8	MEDICINA DEL FUTURO ECUADOR MEDICALFE S.A.	18.280.190	3,34165E+14	1,13
9	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.	18.064.941	3,26342E+14	1,10
10	CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S. A. DIALICON	9.627.492	9,26886E+13	0,31

Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

La misma información puede ser visualizada en el siguiente gráfico, y permite comprender el rol que tiene al interior de la industria de la medicina pre-pagada la empresa Salud S.A., del grupo Futuro S.A.

**Gráfico No. 17**  
**% de concentración de mercado por empresa de medicina pre-pagada.**





Fuente: EKOS Negocios, 2016.

Elaboración: Autor

La estructura de monopolio y de poder de dominancia de mercado no son privativas de la industria de la medicina pre-pagada. Los mismos comportamientos, e incluso más intensos, pueden observarse, por ejemplo, en el caso de las farmacias, en donde una de ellas, FYBECA, de la familia Villamar-Villafuerte, tiene una capacidad de monopolio del 99,4%, o el caso de la empresa Quifatex, de la familia Mulder Panas, que posee una capacidad de monopolio y de control de mercado del 73%. En la siguiente tabla puede apreciarse el nivel de concentración de mercado para todo el sector privado de la salud en el Ecuador.

**Tabla No. 15**  
**Concentración de mercado en el sector privado de salud en el Ecuador, 2014.**

MERCADO PRIVADO DE SALUD POR SUBSECTORES	Ventas totales	IHH	Grupo dominante	% dominancia en IHH
COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	3.021.862.154	6277	DIFARE	56,40%
CLÍNICAS, HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD	696.483.009	1975	Competencia	-
COMERCIO AL POR MAYOR DE INSTRUMENTOS MÉDICOS	559.323.055	1127	Competencia	-
FARMACIAS	914.143.531	5111	FYBECA	99,40%
INDUSTRIA FARMACÉUTICA	882.223.572	8455	QUIFATEX	73,01%
EMPRESAS MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE SALUD	449.972.052	2946	SALUD S.A.	63,73%

Fuente: EKOS Negocios, 2016, SRI.

Elaboración: Autor

Con esta información pueden establecerse las siguientes conclusiones:

- La industria de la medicina pre-pagada y aseguramiento privado en salud, en el caso del Ecuador, es un sector en el que no existe libre competencia; por el contrario, es un sector con la presencia de altos niveles de concentración de capital.
- La estructura de precios de la industria de la medicina pre-pagada no está sometida a procesos de libre mercado, es decir, los precios de la industria sostienen y estructuran rentas de monopolio, en el cual el ingreso marginal de la empresa monopolística es mayor que sus costos marginales de producción.
- Al interior de la industria, Salud S.A. es la empresa monopólica del sector, con una participación de mercado superior al 30% y un poder de concentración de mercado superior al 63%, medido en términos de IHH. Esta empresa, en virtud de su poder de concentración y de dominancia de mercado, puede

imponer su estructura de costos marginales al conjunto del sector, lo cual le permite generar una renta diferencial de monopolio en su propio beneficio.

- Las estructuras de control de mercado y de concentración de capital se han incrementado en los últimos años, independientemente de la creación de instituciones que controlan el poder de dominancia de mercado por parte del gobierno. En ese sentido, la empresa monopólica ha sabido integrarse de manera coherente con el ciclo político de la economía y con la expansión de la economía.
- La empresa monopólica del sector, Salud S.A., pertenece al grupo Futuro S.A., quien a su vez tiene como principales accionistas a las siguientes personas: Navarro Stevenson Pablo Fernando, Pérez Ordoñez María Del Pilar, Romero Cevallos Luis Joaquín y Sevilla Larrea Roque Simón.

## **Economía política de la salud pre-pagada en el Ecuador**

La industria del aseguramiento privado en salud presenta indicadores de monopolización, concentración de mercado y dominancia de mercado importantes. Se constata la emergencia y constitución de una empresa que se convierte en el centro de esos procesos de concentración y centralización de capital: Salud S.A.

Es necesario indicar que esos procesos de concentración de capital se consolidaron al interior de un ciclo político que fortalecía la capacidad de regulación del Estado, al tiempo que se creaban instituciones específicas para controlar precisamente el poder de mercado de las empresas monopólicas. Esto, aparentemente, habría dificultado la concentración de capital. En consecuencia, surge la inquietud de cómo surgieron y se consolidaron esos procesos de concentración de capital en un entorno político, económico e institucional que, supuestamente, lo habría impedido o, en todo caso, no lo habría facilitado.

Existe, por tanto, una capacidad institucional, tanto de las empresas de la industria de la medicina pre-pagada cuanto de los grupos económicos a los cuales pertenecen, de rebasar, por así decirlo, la institucionalidad pública y las regulaciones existentes en aquellos aspectos que puedan perjudicar a la industria y al grupo económico al que pertenecen. Mas, esa capacidad de crear un vacío alrededor de las regulaciones y las instituciones públicas llamadas a vigilar el control de mercado y los procesos de concentración de capital, no radica tanto en la industria cuanto en el grupo económico al que pertenecen. Es necesario, en consecuencia, analizar esa capacidad que tiene el grupo económico y comprender la forma mediante la cual los grupos económicos pueden crear las condiciones más favorables para la consolidación institucional de sus empresas, independientemente de los entornos políticos y regulatorios.

Para hacerlo se necesita de un enfoque más interdisciplinario de la economía, en el cual se incorporen el análisis institucional, las relaciones de poder y las dinámicas más globales del desarrollo del capitalismo. Ese enfoque interdisciplinario está dado, precisamente, por la economía política. Es la economía política la que puede otorgar mayor coherencia a los indicadores de la microeconomía y a los procesos de la macroeconomía que aquí se han descrito como parte del ciclo político de la economía.

Desde la economía política, el centro del análisis radica en la forma en que las empresas se integran horizontal o verticalmente a un grupo económico dominado por los principales accionistas, quienes ejercen la conducción estratégica de las empresas y la administración de la estructura de precios, la liquidez y los excedentes del conjunto empresarial. En general, estos grupos económicos pertenecen a un pequeño número de personas o a un pequeño núcleo familiar. No son estructuras amplias ni abiertas.

El grupo económico integra a las empresas de la misma rama o sector económico con empresas de diferentes ramas de producción, comercio o servicios. Cuando las empresas están dentro de la misma rama o sector productivo, la integración es horizontal. Cuando empresas de diferentes sectores productivos se consolidan bajo una sola estructura de propiedad, se denomina integración vertical. Por ello aparecen dentro de un mismo grupo económico empresas dedicadas a la industria de la salud, integradas bajo la estructura de propiedad con empresas dedicadas al turismo, al sector

inmobiliario o al sector automotor. Todas estas empresas son controladas y están bajo la estructura de propiedad de un mismo grupo económico.

Quizá el mejor ejemplo sea el grupo Futuro S.A., que integra horizontalmente a varias empresas relacionadas con la salud: Salud S.A. (la más importante), Latinomedical, Medisystem, Dentalnetwork, Odontocare, Adsamed, entre otras (SRI, 2016; EKOS Negocios, 2016). Sin embargo, el grupo también ha desarrollado de forma paralela estrategias de integración horizontal para otros sectores económicos independientes de la salud, como es el caso de la industria del turismo. En esa lógica, el grupo Futuro S.A. tiene empresas como Etica, Metropolitan Touring, Indefatigable, Galacargo, Interlago, Hotel Mashpi, Hotel Casa Gangotena, entre otros (SRI, 2016; EKOS Negocios, 2016). Además, tiene negocios inmobiliarios y automotores, y una fuerte presencia en la industria de los seguros: Seguros Equinoccial, Equivida, Tecniseguros. (SRI, 2016; EKOS Negocios, 2016).

Todas estas empresas, que están integradas horizontalmente, se integran a su vez de forma vertical a través de la estructura de propiedad y la coordinación estratégica de todas las empresas, que en el caso del grupo Futuro S.A. radica en la empresa Grufusa S.A., y en el núcleo de empresas de seguros y reaseguros del mismo grupo económico.

No obstante, es necesario aclarar que no se trata de una característica específica del grupo Futuro S.A. sino de la dinámica del sistema, que está relacionada con las particularidades que asumen los procesos de desarrollo del capitalismo en economías como la ecuatoriana<sup>20</sup>.

En efecto, si bien el grupo Futuro S.A. desarrolló mecanismos de integración horizontal y vertical en la industria de la medicina pre-pagada con otras industrias que nada tienen que ver con la industria de la salud, también es cierto que varias de las empresas de la industria de la medicina pre-pagada y aseguramiento privado en salud optaron por la misma estrategia. Esto posibilita que la renta diferencial que la empresa monopólica genera en el sector de la salud se vincule con otros procesos monopólicos y genere una importante liquidez y renta para el grupo económico.

En la siguiente tabla puede apreciarse la relación entre las empresas de la industria de la medicina pre-pagada y seguros privados de salud con otras empresas en integración tanto horizontal como vertical.

**Tabla No. 16**  
**Integración horizontal y vertical de las empresas de la medicina pre-pagada.**

---

<sup>20</sup> El Servicio de Rentas Internas del Ecuador, SRI, había identificado en el año 2014 a 125 grupos económicos que realizaban integración vertical y horizontal de varias empresas. Estos 125 grupos económicos controlaban 2.939 sociedades nacionales, 353 sociedades extranjeras, 174 empresas radicadas en paraísos fiscales, 34 instituciones financieras y 35 medios de comunicación que estaban bajo el control de 541 personas naturales (SRI, 2016).

<b>EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGADA</b>	<b>RELACION CON OTROS GRUPOS O EMPRESAS</b>
SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.	METROPOLITAN TOURING C.A.
	METROPOLITAN TOURING DE GUAYAQUIL
	QUÍMICOS LATINO ECUATORIANO QUILATEC CIA. LTDA.
	METROPOLITAN TOURING CUENCA C.A.
	METROMANABI C.A.
	PROMOTORES MÉDICOS LATINO AMERICANOS LATINOMEDICAL S.A.
	MEDISYSTEM HOLDING S.A.
	ADSAMED S. A.
ECUASANITAS S.A.	MARSUARTES CIA. LTDA.
	CLÍNICA INTERNACIONAL INTERSANITAS S.A.
	FINECO Y ASOCIADOS CIA. LTDA.
	ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA ASIMEINSA S.A.
HUMANA S.A. MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR	COMERCIALIZADORA BICISASA CIA. LTDA.
	ALBUJA PASQUEL E HIJOS
	INGENIEROS ASOCIADOS S.A.
	CONJUNTO CLÍNICO NACIONAL CONCLINICA C.A.
	MÉDICA NORTE METROPOLINORTE S.A.
	INMOBILIARIA METROPOLITANA S.A.
	METROMOBILAR
	FESALUD S.A.
MEDICALFE S.A. MEDICINA DEL FUTURO DEL ECUADOR	GELD-HOLDINGS S.A.
	AIG-HOLDINGS S.A.
	CITY ECUATORIANA PRODUCTION COMPANY
	TELSON Y ROSTRUM CIA. LTDA.
	FIRSTECUADOR S.A.
	AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS NOVAECUADOR
	SEGUROS PICHINCHA S.A. CIA. DE SEGUROS
MEDICINA PREPAGADA CRUZ BLANCA S.A.	INSTITUCIÓN AUXILIAR DEL COOPERATIVISMO ACCIÓN Y PROGRESO
	SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EN LIQUIDACIÓN)
DIALICON CENTRO DE DIÁLISIS CONTIGO S.A.	DOBERCHE DEL ECUADOR CIA. LTDA.
	TANEYA S.A.
	SERDIDYV S.A.
	SERVICIOS DE DIÁLISIS, DISTRIBUCIÓN Y VENTAS DIALVIDA
	CENTRO DE DIÁLISIS CIA. LTDA.

	VALTROSA ASESORES S.A.
	MERCANTIL CONTRACTA CIA. LTDA.
	TECNIDIÁLISIS S.A.
	CARDIOMED INSUMOS Y EQUIPOS MÉDICOS CIA. LTDA.
	MEDICINA Y SANIDAD MEDSAN CIA. LTDA.
	PROTRAUMA S.A.
	PRODUCTOS TRAUMATOLÓGICOS
MED.I.KEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S.A.	CONSTRUCTURA PERRONE GALARZA CIA. LTDA.
	PREDIAL PRELAWO S.A.
	UROLASER KENNEDY S.A.
	IMPLEMENTATION AND CONTROL OF MEDICINES IMCONT S.A.
	ECUAGLOBAL COMEX S.A.
COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.	SERCAL TELECOM SOCIEDAD ANÓNIMA
	SESATSEGURIDAD, SALUD Y TRABAJO S.A.
	ECUACTUARIA S.A.
	TELECOMUNICACIÓN Y SERVICIOS DE ATENCIÓN AL CLIENTE TECONTACTA S.A.
	ECUARETENER S.A.
	COMERCIALIZADORA CHÁVEZ & VÉLEZ MUNDO RUEDA CIA. LTDA.
	COMPAÑÍA DE PRODUCTOS
	SERVICIOS QUITO ECUESTRE QUIECUEST CIA. LTDA.
LABORATORIO CLÍNICO ARRIAGA S.A.	LABORATORIO CLÍNICO HCKA S.A.
	NUVIA S.A.
	CORPORACIÓN DEIOS S.A.
OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A.	HOPIMAGENES S.A.
	AXXISCAN S.A.
	HAROMERO CIA. LTDA.
	ROGHA RECREOSCAN S.A.
	INMOBILIARIA FEIJOO CIA LTDA.
	FLETCHER LAZO & ASOCIADOS ESTUDIO JURÍDICO S.A.
	OLIVA ROURA ASOCIADOS S.A.
LABORATORIO CLÍNICO ALCÍVAR S.A. ALCLINIC	ESCULAPIO S.A.
	PRIMENOVA S.A.
	DIALCIVAR S.A.
	GEMOALCIVAR S.A.
	INMOBILIARIA ALPI S.A. ALPISA
	INMOBILIARIA VIIGIL S.A.
	CIRULSA S.A.

	OCTRONICA S.A.
	DASTRIL S.A.
LABSERVICES S.A.	INTERNACIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S.A.
	MACÍAS SERVICIOS MÉDICOS MASERMED S.A.
	INTERMILAGRO S.A.
	INTERMACHALA S.A.
	LABQUEVEDO
	LABMANTA S.A.
	CORPOLABCLINIC S.A.
	UNIDAD OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA U.D.O.M. S.A.
	HOSPITAL MEMORIAL DEL ECUADOR S.A.
	INMOTEX S.A.
	PUBLISTAR S.A.
	EMPRESALUD S.A.
	FURONDAS S.A.
	INTERHOSPITAL S.A.
ADMINISTRADORA ADGUEVARA C.A.	
PASAL PATIÑO SALVADOR CIA. LTDA.	SUMINISTROS Y DIÁLISIS SUMIDIAL S.A.
	INVEDIAL CIA. LTDA.
	MANADIALISIS S.A.
	FRESENIUS MEDICAL CARE ECUADOR HOLDINGS S.A.
	CONSULTIVA MANAGING EMPRESARIAL S.A. CONSEMPRESARIAL

Fuente: SRI, varios años, Superintendencia de Compañías, EKOS Negocios.

Elaboración: Autor

### El caso de Salud S.A. y el Grupo Futuro.

Para comprender la dinámica de los grupos económicos quizá sea necesario estudiar como un recurso heurístico la dinámica del grupo Futuro S.A. La comprensión de este grupo económico, que tiene una enorme relevancia en la industria de la medicina pre-pagada y el aseguramiento privado en salud, quizá pueda revelar algunas claves teóricas y metodológicas de la praxis de los grupos económicos, al menos en sus rasgos más generales. Esa comprensión nos permitirá avanzar a modo de conclusiones algunas hipótesis sobre la forma con la cual los grupos económicos se convierten en poderosos actores, no solo económicos sino también políticos, con una gran capacidad de influir y transformar los entornos institucionales.

El grupo Futuro S.A. es uno de los más importantes grupos económicos del Ecuador: posee 49 empresas (43 nacionales y 6 internacionales), es el que tiene más industrias integradas horizontal y verticalmente, y algunos de sus accionistas han ocupados cargos de relevancia pública. Sus intereses son variados. En ese sentido,

comparte y replica la praxis de los grupos económicos de multiplicar sus estrategias de integración vertical y horizontal.

En la siguiente tabla constan las principales empresas del grupo Futuro S.A.

**Tabla No. 17**  
**Empresas que conforman el grupo Futuro S.A. (SEGUROS EQUINOCCIAL, TECNISEGUROS, SALUD S.A., EQUIVIDA, METROPOLITAN TOURING).**

Razón Social Integrante	Total Ingresos 2014	Total activos	Total Impuesto a la Renta Causado
SEGUROS EQUINOCCIAL S.A.	211.290.805	203.660.827,79	1.559.996
SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR S.A.	137.032.857	33.484.810,38	3.107.793
EQUIVIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.	65.530.638	55.118.091,83	514.553
ETICA EMPRESA TURÍSTICA INTERNACIONAL C.A.	48.844.525	44.717.733,92	550.351
PROMOTORES MÉDICOS LATINOAMERICANOS LATINOMEDICAL S.A.	31.706.519	7.994.909,82	201.263
TECNISEGUROS S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS	17.024.922	6.662.727,98	818.278
MEDISYSTEM HOLDING S.A.	10.332.036	18.990.424,14	0
METROPOLITAN TOURING C.A.	8.193.228	6.732.937,38	151.051
GRUPO FUTURO GRUFUSA S.A.	6.207.095	43.339.801,05	0
INDEFATIGABLE S.A.	4.855.300	8.435.957,14	113.190
HOTEL CASAGANGOTENA S.A.	2.526.502	11.516.960,29	64.190
GALÁPAGOS CARGO S.A. GALACARGO	2.500.463	1.141.492,89	17.709
INTERLAGO CIA. LTDA.	2.127.240	12.492.481,98	124.241
DENTALNETWORK RED DE SERVICIOS DENTALES S.A.	1.926.027	958.818,07	122.473
ODONTOCARE S.A.	1.694.475	297.026,83	31.418
HOTEL MASHPI S.A.	1.432.011	8.999.631,86	0
INMOBILIARIA INVERNAL II S.A.	1.034.752	11.483.873,38	64.268
HABITAT CIA. LTDA.	1.003.561	10.691.256,29	60.322
ESTRATEGACORP S.A.	770.052	213.022,72	11.748
DEFILO INVERSIONES CIA. LTDA.	751.093	3.061.760,11	17.144
METROAMBATO S.A.	587.605	330.800,26	18.281
NAVARRO STEVENSON PABLO FERNANDO	547.440	-	144.278
ASESORIA E INVERSIONES ASEVER CIA. LTDA.	536.064	1.681.878,18	5.254
ROMERO CEVALLOS LUIS JOAQUÍN	333.696	-	84.487
SEVILLA LARREA ROQUE SIMÓN	299.632	-	62.780
METROMANABI C.A.	184.720	109.591,00	9.734
METROPOLITAN TOURING CUENCA S.A.	153.586	236.931,67	3.271
RESERVA MASHPI S.A.	64.760	445.679,32	0
QUIMAR S.A.	31.147	630.436,34	0
METROTOURS CUENCA M.T. CIA. LTDA.	0	14.407,93	9



QUÍMICOS LATINO ECUATORIANO QUILATE CIA. LTDA.	0	1.512.652,33	8.601
METROCORP ECUADOR S.A.	0	26.369,22	0
ADSAMED S.A.	0	10.184,07	42
BSG CONSULTING S.A.	0	17.408,14	1.274
MUNDOMOTRIZ S.A.	3.699.248	1.028.629,74	32.317
E VACATIONS DE METRO S.A.	0	2.214.210,27	0
EQUITUR S.A.	0	3.508.977,53	0
ARABELLA CONSULTING	n.d.	n.d.	
PÉREZ ORDÓÑEZ MARÍA DEL PILAR	n.d.	n.d.	
<b>39</b>	<b>563.221.999</b>	<b>501.762.702</b>	<b>7.900.317</b>

Fuente: SRI, 2015.

Elaboración: Autor

Las empresas de seguros y reaseguros del grupo Futuro S.A. comparten la posición de monopolio en el mercado de seguros y reaseguros con el grupo Banco del Pichincha. En medicina pre-pagada mantiene una posición de dominancia de mercado, y sus empresas de la industria de la salud también tienen una importante presencia dentro del sector. El grupo Futuro S.A. mantiene una significativa posición de mercado en el segmento del turismo, tiene inversiones en el segmento inmobiliario y también ha incursionado en otras actividades como la automotriz y la industria química. Además, tiene empresas que sirven de interfaz entre sectores específicos y la estructura del grupo, como es el caso de Adsamed S.A.

En la siguiente tabla puede apreciarse el número de las empresas más importantes por segmentos que están bajo control del grupo:

**Tabla No. 18**  
**Grupo Futuro S.A., consolidado de empresas más importantes por segmentos.**

GRUPO FUTURO GRUFUSA S.A.	No. De empresas	Total Ingresos 2014	Total activo
Empresas de seguros y reaseguros	3	293.846.364	265.441.647,00
Empresas de turismo y afines	13	69.342.700	88.405.311,46
Empresas de medicina pre-pagada y afines	6	182.691.914	63.238.641,57
Empresa de interfaz del sector medicina pre-pagada y afines:			
ADSAMED S.A.		0	10.184,07
Empresa de interfaz sector inmobiliario:			
ESTRATEGACORP S.A.		770.052	213.022,72
Empresa de interfaz del grupo económico:			
GRUPO FUTURO GRUFUSA S.A.		6.207.095	43.339.801,05

Fuente: SRI, 2015.

Elaboración: Autor

A pesar de que el grupo mantiene un significativo número de empresas de turismo, sus actividades más importantes están en el área de los seguros y reaseguros y en la medicina pre-pagada, incluidas las empresas de la industria de la salud que son complementarias a la medicina pre-pagada. Es importante recalcar la creación de empresas que sirven de articuladores de la integración vertical y horizontal, como es el caso de Grufusa S.A.

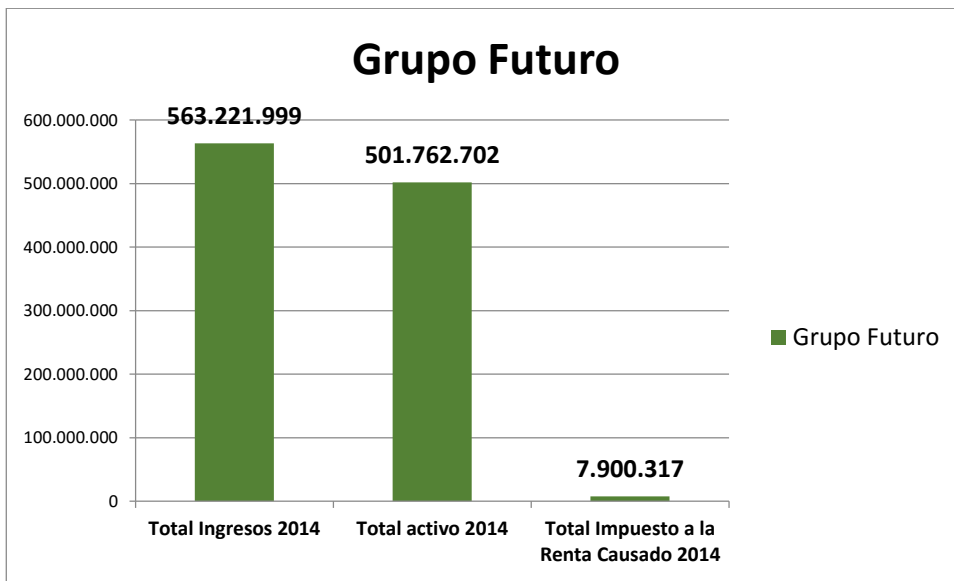
Los indicadores de gestión financiera del grupo son positivos para sus empresas más importantes. Si se mide el rendimiento sobre la inversión utilizando el indicador del Sistema Du Pont, se tienen los siguientes datos: 46,6% para Salud S.A.; 3,9% para Seguros Equinoccial; 4,9% para Equivida; 5,7% para Etica Turismo; y 19,1% para Promotores Médicos Latinoamericanos.

El grupo Futuro S.A. forma parte de los grupos económicos que menos pagan impuesto a la renta<sup>21</sup>. De hecho, está por debajo del promedio de impuesto a la renta pagado por los grupos económicos detectados por el SRI en el año 2014. En el siguiente gráfico puede verse el pago del impuesto a la renta sobre sus ingresos globales:

**Gráfico No. 18**  
**Grupo Futuro S.A.**  
**Comparativo entre ingresos, activos e impuesto a la renta, 2014.**

<sup>21</sup> En el año 2014, los 125 grupos económicos detectados por el SRI habían pagado en promedio el 2,2% de impuesto a la renta sobre sus ingresos totales. El 68,5% de los grupos económicos habían pagado entre 0 y 2% de impuesto a la renta. El 19,3% de los grupos económicos habían pagado entre 2% y 4% del impuesto a la renta sobre sus ingresos, y el 12,1% de los grupos económicos había pagado más del 4% de impuesto a la renta sobre sus ingresos. El ingreso de los grupos económicos para el año 2014 fue de 48,5 mil millones de USD., que corresponde al 48% del PIB de ese año (SRI, 2016).

En USD



Fuente: SRI, 2015.

Elaboración: Autor

Es un grupo que ha mantenido una estrategia de crecimiento sostenido para cada una de sus empresas. En sus empresas más importantes, puede detectarse un ritmo promedio de crecimiento anual en ingresos del 19,8% para Seguros Equinoccial, 8,6% para Equivida, 5,1% para Salud S.A., 25,2% para Etica Turismo Internacional, 31,2% para Tecniseguros y 9,9% para Promotores Médicos Latinoamericanos.

Este ritmo de crecimiento sostenido y persistente en el tiempo da cuenta de la conducción estratégica del grupo y de la forma en que el grupo supo aprovechar la coyuntura económica del país. Al mismo tiempo, supo aprovechar el contexto institucional del ciclo político de la economía. En la siguiente tabla se muestran los ingresos de las empresas más representativas del grupo Futuro S.A. Puede advertirse que, para las empresas más importantes del grupo, el periodo 2009-2014 fue un periodo de expansión y consolidación empresarial.

**Tabla No. 19**  
**Evolución de ingresos de las principales empresas del Grupo Futuro S.A., 2009-2014.**

**En USD**

Grupo Futuro	Total ingresos 2009	Total ingresos 2010	Total ingresos 2011	Total ingresos 2012	Total ingresos 2013	Total ingresos 2014
SEGUROS EQUINOCCIAL S. A.	87.372.401	92.928.773	112.124.347	153.215.165	194.014.706	211.290.805
EQUIVIDA S.A.	41.803.247	45.095.503	47.994.256	104.895.063	58.315.416	65.530.638
SALUD S.A.	86.773.587	96.189.936	104.072.375	109.602.812	122.627.317	137.032.857
ETICA C.A.	44.292.290	42.611.875	45.890.057	45.742.670	47.289.818	48.844.525
TECNISEGUROS S.A.	13.650.227	17.195.244	13.746.803	13.436.131	14.782.131	31.706.519
PROMOTORES MEDICOS LATINOAMERICANOS	14.056.967	17.134.994	20.258.247	23.893.144	28.136.537	17.024.922
GRUPO FUTURO S.A.	10.452.977	10.076.995	95.087	5.656.581	5.875.414	6.207.095
MEDISYSTEM HOLDING S.A.	6.185.615	5.806.803	768.873	8.523.584	6.839.369	10.332.036
INDEFATIGABLE S.A.	2.228.567	2.696.398	3.167.009	3.653.255	3.825.534	4.855.300

Fuente: SRI, 2015.

Elaboración: Autor

El núcleo de accionistas más importantes del grupo Futuro S.A. está conformado por cuatro personas naturales, dos empresas ubicadas en paraísos fiscales y dos empresas domiciliadas en Estados Unidos. La estructura accionaria del grupo puede verse en la siguiente tabla:

**Tabla No. 20**  
**Estructura societaria del grupo Futuro S.A.**

DENOMINACIÓN	TIPO	PAÍS
ALFAFOCUS INTERNATIONAL INC.	SOCIEDAD EXTRANJERA	ESTADOS UNIDOS
ARBELLA CONSULTING	SOCIEDAD EXTRANJERA	ISLAS VÍRGENES (BRITANICAS)
E VACATIONS CLUB USA INC.	SOCIEDAD EXTRANJERA	ESTADOS UNIDOS
METROCORP INTERNACIONAL	SOCIEDAD EXTRANJERA	ISLAS CAIMÁN
NAVARRO STEVENSON PABLO FERNANDO	PERSONA NATURAL	ECUADOR
PÉREZ ORDÓÑEZ MARÍA DEL PILAR	PERSONA NATURAL	ECUADOR
ROMERO CEVALLOS LUIS JOAQUÍN	PERSONA NATURAL	ECUADOR
SEVILLA LARREA ROQUE SIMÓN	PERSONA NATURAL	ECUADOR

Fuente: SRI, 2015.

Elaboración: Autor

Las razones por las cuales los grupos económicos utilizan los paraísos fiscales van desde la necesidad de apalancamientos financieros a nivel internacional, vía créditos internacionales, hasta la necesidad de eludir la fiscalidad interna del país. El grupo Futuro S.A. no escapa de la dinámica de la mayoría de grupos económicos de utilizar los paraísos fiscales con diferentes fines.

Ahora bien, es necesario destacar el rol que cumple el miembro más importante del grupo, Roque Sevilla Larrea. Un análisis de su trayectoria da cuenta de su presencia en la esfera de la política pública tanto como en la empresa privada<sup>22</sup>. Esa interfaz entre ambas esferas da cuenta de la acción estratégica de los grupos económicos.

En efecto, el grupo económico sabe que la actividad empresarial se desenvuelve en un contexto determinado por entramados institucionales y relaciones de poder. Conoce, asimismo, que una empresa exitosa debe leer e interpretar de manera adecuada y coherente ese entramado institucional, que implica varias dimensiones y que van desde el sistema político, la estabilidad del sistema económico, las leyes y regulaciones existentes y las probables trayectorias y escenarios que pueden ocurrir en todas estas dimensiones.

Los responsables de un grupo económico, en ese sentido, son también actores políticos que comprenden que la actividad económica es inseparable de los contextos políticos, sociales, jurídicos e institucionales de una coyuntura determinada. Por ello, generalmente actúan en ambas esferas, y también por ello tratan de crear al interior de sus empresas mecanismos de “puertas giratorias” entre los responsables del poder político con capacidad de decisión e influencia y el grupo económico, de tal manera que pueden tener control directo sobre decisiones de política pública que les competen directamente.

Roque Sevilla expresa esa dualidad entre ambas esferas: la pública y la privada. Es un personaje político, pero es también un reconocido empresario. Sus intereses son netamente financieros, porque sus empresas más importantes están en el ámbito de los seguros y reaseguros, pero su imagen pública lo señala como un comprometido ecologista. La referencia a la ecología, que además es un buen negocio, le sirve de articulador ideológico que cohesiona los intereses del grupo económico con la posibilidad de actuar al interior del sistema político sin sufrir el desgaste que ello implica.

Esa dualidad le permite al grupo económico generar varias dinámicas, que son imprescindibles para su consolidación empresarial y para poder acomodarse a las exigencias del momento. Se pueden señalar varias de esas dinámicas: (i) el grupo económico está plenamente consciente del rol que cumple la imagen corporativa; de

---

<sup>22</sup> Roque Sevilla fue alcalde de Quito en el periodo 1998-2000 por la Democracia Popular. Ha sido Presidente de Fundación Natura, una ONG dedicada al medioambiente, miembro de la Asamblea General de la Fundación Charles Darwin, Director de la Fundación Esquel y miembro del Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF). En el año 2010 encabezó la delegación presidencial que tenía como objetivo recaudar fondos internacionales para la preservación de crudo en tierra, conocida como Iniciativa Yasuní ITT. Ver: Revista EKOS Negocios: “Una entrevista exclusiva con Roque Sevilla”, [www.ekosnegocios.com/revista/pdfTemas/326.pdf](http://www.ekosnegocios.com/revista/pdfTemas/326.pdf), s.f. De otra parte, el sitio web *mapa de poder Ecuador* colocaba a Roque Sevilla en el puesto 353 de los empresarios y personalidades más poderosas, con un índice de influencia de 17,70. Ver:

[http://www.mapadepoderecuador.com/mapa2014/lista\\_personas.php?cat=Empresarios&year=2014&year2=2013](http://www.mapadepoderecuador.com/mapa2014/lista_personas.php?cat=Empresarios&year=2014&year2=2013) .

ahí que una de sus principales preocupaciones e inversiones sea, precisamente, la de cuidar y proteger su imagen corporativa. Esta imagen corporativa blindada al grupo económico de la intervención del poder político y su capacidad regulatoria y tributaria; en efecto, mientras más fuerte sea su imagen corporativa al interior de la sociedad, mejor es su capacidad de incidencia y protección de sus intereses corporativos; (ii) la capacidad de presión política a través del lobby político que se demuestra por su incidencia en temas claves; en el caso de Roque Sevilla, un tema importante es la ecología, que le ha permitido integrarla como dispositivo de legitimidad social en la industria del turismo; su capacidad de lobby pasa por pertenecer a un grupo de instituciones de la sociedad civil con fuerte legitimidad social y que pueden generar adhesiones y limitar cualquier posibilidad de crítica o auditoría a esas actividades<sup>23</sup>; (iii) la capacidad de integrar personajes del sistema político al interior de la estructura empresarial a través del mecanismo de “puertas giratorias”, que le permite tener control directo sobre las políticas públicas, al tiempo que pueden servir de correas de transmisión de los intereses del grupo económico hacia la esfera pública, limitando o direccionando las políticas públicas en beneficio propio; (iv) la presencia directa en la arena política, generalmente en puestos de responsabilidad y/o de elección al interior del sistema político; (v) la proyección de una imagen de liderazgo, confianza y retribución hacia la sociedad, en la cual la imagen corporativa se apalanca a nivel ideológico en la imagen del líder del grupo económico; (vi) la creación de nexos con otros grupos empresariales y la agremiación empresarial, como mecanismo de difusión, interlocución, presión, manipulación y convergencia de intereses comunes; (vii) los grupos económicos tienden a desarrollar una especie de “cultura corporativa” inherente a cada grupo económico, en la cual se acentúan ciertos rasgos tanto personales de su grupo directivo cuanto rasgos de la corporación, en un proceso que genera una metonimia del holding corporativo, es decir, el holding aparece con rasgos humanos que deben ser compartidos, asumidos e interiorizados por los integrantes (trabajadores y empleados) de las empresas del grupo económico. Este sentido de “pertenencia” es clave al momento de consolidar sus posiciones empresariales, proteger información reservada y descargar sobre los trabajadores y empleados responsabilidades no establecidas en los respectivos contratos laborales, entre otros aspectos.

Estas dinámicas le permiten a los grupos económicos en general, y al grupo Futuro S.A. en particular, consolidar sus posiciones empresariales y presentar los intereses corporativos como intereses generales. Se trata, a no dudarlo, de una praxis política que tiene como centro de gravedad la defensa de los intereses corporativos de forma independiente de la sociedad. Esta praxis política, llevada al terreno de la economía, le permite al grupo económico disminuir los riesgos y las incertidumbres del mercado, externalizar las externalidades negativas de sus actividades empresariales, consolidar y ampliar los procesos de integración vertical y horizontal, direccionar la

---

<sup>23</sup> En ese sentido, el grupo Futuro S.A. construyó el Hotel Mashpi S.A. en la reserva ecológica Mashpi, provincia de Pichincha, sin contar con los permisos municipales ni ambientales correspondientes. La capacidad de lobby del grupo pudo solventar esa situación. Ver Tamariz F., 2014; ver también “Apasionado ambientalista ha recibido una serie de multas por construir hostel de lujo en área protegida de Ecuador”. Cfr. *La información y el contenido multimedia*, 2013.

política pública en función de sus intereses y expandir su tasa de ganancia interna como grupo económico.

Son estos procesos los que neutralizan el alcance, el sentido y la capacidad de las políticas públicas de control de los procesos de concentración de capital y de dominancia de mercado. En el caso de la medicina pre-pagada, se constató la forma con la cual el precio del servicio apalancaba a los proveedores de la industria que pertenecían al mismo grupo económico, en un contexto de una legislación débil, ausencia de control real, costos de transacción muy altos para los usuarios del sistema, opacidad del sistema y renta de monopolio. Se constató también cómo el grupo Futuro S.A. consolida sus posiciones de monopolio, en un contexto en el cual la sociedad ecuatoriana entra en un proceso de profundos cambios institucionales y un ciclo político que determina un mayor espacio para el Estado y su capacidad regulatoria.

Sin embargo, esa capacidad regulatoria no estuvo diseñada para acotar los espacios de maniobra ni los grados de libertad de los grupos económicos, sino que se inscribió directamente en el ciclo político de la economía, y estuvo pensada para garantizar la hegemonía política del partido de gobierno. De ahí la inoperancia de la Superintendencia de Control de Poder de Mercado con respecto a los procesos de concentración de capital y dominancia de mercado, que se acentuaron, precisamente, desde el año de su creación. En el ciclo político de la economía, la Superintendencia de Control de Poder de Mercado tuvo más un rol simbólico que real. Ese rol simbólico establecía las coordenadas ideológicas de un régimen que se pretendía por fuera y en contra de los grupos económicos que habían sido estigmatizados como los causantes de la crisis económica y la desarticulación institucional del país. Pero se trataba de una confrontación simbólica con alto contenido ideológico.

### **Grupos económicos y lógicas de acumulación.**

Del análisis del comportamiento del grupo económico Futuro S.A. se pueden resumir varios procesos a nivel microeconómico, macroeconómico y de economía política.

#### **a) Procesos que obedecen a la lógica de la integración horizontal.**

La primera característica del grupo económico, y que resalta de los procesos de integración horizontal en la industria de la salud, se manifiesta en la existencia de los siguientes procesos: (i) la producción de una renta diferencial que se expresa por la divergencia de la tarifa promedio del servicio, la economía de escala y el tamaño de mercado entre la empresa monopólica que pertenece al grupo económico y las demás empresas del sector; (ii) la renta diferencial que nace desde la industria de la medicina pre-pagada se convierte en renta de monopolio cuando la empresa más importante impone su estructura de costos marginales al conjunto de la industria; (iii) la empresa monopólica tiene altos niveles de apalancamiento financiero otorgado por las empresas de seguros y reaseguros que pertenecen al mismo grupo económico, lo que fortalece su competitividad al interior del sector; (iv) la renta de monopolio, a su vez, apalanca a otras empresas integradas a la industria de la medicina pre-pagada; (v) la integración

horizontal de varias empresas que se complementan entre sí, y que pertenecen al mismo grupo económico, le permite a este un mayor margen de rentabilidad global.

**b) Procesos que obedecen a la lógica de la integración vertical.**

La segunda característica del grupo económico, y que tiene que ver con la integración vertical de las empresas, estaría dada por los siguientes procesos: (i) el grupo económico puede articular los procesos de renta diferencial y renta de monopolio desde varias empresas de distintas ramas de producción, comercio y servicios al interior de una sola estrategia de maximización y eficiencia en el uso de recursos, de modo que puede asignar de manera conveniente la liquidez entre las diferentes empresas del grupo; (ii) el grupo económico puede controlar los procesos de producción, comercialización y servicios de varios sectores, e imponer su estructura de precios a los consumidores; (iii) la presencia de un actor financiero fuerte, como un banco, una sociedad financiera o una empresa de seguros y reaseguros, le permite al grupo financiero controlar los costos financieros de las empresas y triangular esos costos financieros hacia sus propias empresas financieras, al tiempo que le permite abaratar los costos financieros de sus propias empresas y aumentar su rentabilidad o su competitividad; (iv) la posibilidad de utilizar la rentabilidad de cada una de las empresas que pertenecen al grupo económico, así como su flujo de caja, le dan al grupo económico una capacidad de liquidez inmediata que puede ser utilizada para abrir nuevos espacios de negocios, consolidar las posiciones de mercado o influir sobre la competencia; (v) el grupo económico puede administrar los gastos entre las empresas y presentar altos costos en proveedores, administración y costos financieros, que le permiten bajos niveles de rendimiento por empresa, lo que implica bajos niveles de tributación directa.

**c) Procesos que obedecen a la economía política del grupo económico.**

Una tercera característica de los grupos económicos, y que tiene relación con su capacidad de influir sobre los entramados institucionales, estaría determinada por los siguientes procesos: (i) el grupo económico actúa sobre los entramados institucionales que enmarcan al conjunto de sus empresas a través de estrategias de lobby, influencia directa, influencia indirecta y otros mecanismos; (ii) el grupo económico en determinadas ocasiones incursiona en la política de forma directa, cuando considera que sus intereses están seriamente afectados o cuando mira la posibilidad de utilizar los canales políticos para consolidar sus posiciones empresariales y ampliarlas; (iii) el grupo genera señales a la sociedad sobre la importancia estratégica que tiene su control sobre ese sector; (iv) la importancia que tiene con respecto al pago de impuestos directos es marginal a pesar de los importantes ingresos que tiene el grupo, pero no genera una percepción negativa en la sociedad; más bien al contrario, puede crear una percepción positiva sobre el grupo en virtud de que se justifica por la oferta de empleo que genera.

Se pueden establecer algunas conclusiones con respecto a los procesos de economía política de la medicina pre-pagada.



La industria de la medicina pre-pagada en el Ecuador está vinculada, de una u otra forma, a grupos económicos que integran esta industria de forma horizontal y vertical. Esta integración le permite al grupo económico tomar decisiones estratégicas que van más allá del horizonte de la industria de la medicina pre-pagada. En efecto, mientras la industria de la medicina pre-pagada está sometida a resolver cuestiones concretas y que tienen relación con el segmento del aseguramiento privado en salud, y con las decisiones económicas de maximización de beneficios en función de una estructura de costos determinados, el grupo económico puede utilizar la liquidez y los excedentes de cada una de las empresas y hacerlos circular en función de los intereses no de la industria en específico, sino del grupo económico. De esta forma, el grupo económico puede encarecer los servicios prestados por proveedores de la industria de la medicina pre-pagada; con ello logra transferencias horizontales de liquidez entre empresas del mismo grupo, al tiempo que le permite tener un costo marginal menor que su ingreso marginal.

Los grupos económicos sitúan a la industria de la medicina pre-pagada en un contexto más amplio, en el cual resaltan los aspectos institucionales y los entornos políticos. Para consolidar sus posiciones de monopolio y sus procesos de renta de monopolio, los grupos económicos se convierten en sujetos políticos con capacidad de incidencia y manipulación sobre los entramados institucionales de la sociedad.

Dentro de esos entramados, a los grupos económicos no les interesa que se desarrollen sectores públicos consistentes, coherentes y eficazmente estructurados, porque ello implicaría la reducción de sus intereses corporativos. En ese sentido, a los grupos económicos vinculados a la industria de la medicina pre-pagada no les interesa un sector público de salud que supere la segmentación, autarquía y desorden en el que opera. En consecuencia, van a tratar de influenciar de todas las maneras posibles para evitar la conformación de un sistema nacional de salud.

Los grupos económicos saben también que, en el ciclo político de la economía, muchas de las decisiones que se toman, como por ejemplo establecer una superintendencia de control de poder del mercado, en realidad son más dispositivos ideológicos que sirven para crear una cobertura de legitimidad electoral al partido de gobierno que decisiones que afecten de forma efectiva a la consolidación del holding empresarial.

## Conclusiones

La industria de la medicina pre-pagada tiene directa relación con el sistema nacional de salud. Es una industria que sitúa la maximización de su beneficio en la incertidumbre y el riesgo que la población percibe sobre su estado de salud, en virtud de la sensación de desprotección y desconfianza que puede generar el Estado y su sistema público de salud. En la medida en que la población considera que es necesario proteger su salud, habida cuenta de la incertidumbre que existe sobre la institucionalidad de la salud pública, el negocio de la medicina pre-pagada puede prosperar. Si existen condiciones sociales en las cuales la salud de las personas está protegida por marcos institucionales adecuados, y existe un sólido sistema nacional de salud, la percepción sobre el riesgo y el cuidado sobre el estado de la salud de la población se mitiga y el negocio de la medicina pre-pagada decae.

En consecuencia, la expansión de la industria de la medicina pre-pagada está directamente relacionada con el debilitamiento del sistema nacional de salud. Para esta industria, la sensación de vulnerabilidad, incertidumbre y fragilidad que puede provocar el sistema público de salud sobre la población, se convierte en condición de posibilidad para su consolidación empresarial. Esta relación inversa entre sistema público de salud y medicina pre-pagada configura un escenario en el cual el estado, la dirección y la fortaleza de las políticas públicas de salud, así como del sistema de salud pública, inciden directamente en la industria del aseguramiento privado en salud.

La industria de la medicina pre-pagada, de hecho, fue una creación *ex nihilo* de las reformas neoliberales de los años noventa del siglo XX. Bajo el argumento de la “modernización del Estado”, el Banco Mundial intervino directamente para impulsar nuevos marcos jurídicos que liberalizaban los mercados reduciendo la capacidad regulatoria del Estado, al tiempo que se privatizaban sectores enteros de la economía. Para que el mercado del aseguramiento privado en salud pueda emerger y consolidarse, las políticas de ajuste fiscal que se aplicaron en el país desde inicios de los años ochenta redujeron al mínimo el presupuesto del Estado, y provocaron una situación de indefensión y vulnerabilidad de la sociedad sobre su estado de salud. La desarticulación de las políticas públicas en salud de los años noventa fue la condición de posibilidad para el florecimiento y expansión del mercado de la medicina pre-pagada. La proliferación de clínicas, hospitales y consultorios privados condujeron a la mercantilización de la salud.

El Estado se limitó al rol de rectoría de la proliferación de nuevos actores que reclamaban su propio espacio en la salud pública, convertida en mercado. De ahí que el sistema de salud se haya fragmentado en multiplicidad de actores con sus propios espacios de maniobra, sus propios grados de libertad, su propia institucionalidad y su propia lógica. El sistema de salud se segmenta en compartimentos con altos niveles de autarquía y descoordinación. Es natural que en este contexto se creen y recreen las condiciones para la expansión del aseguramiento privado en salud, que en dos décadas pasa de menos de 300 mil clientes a más de un millón.

Esta situación confirma la hipótesis de que el mercado de la medicina pre-pagada y el aseguramiento privado en salud solamente pueden proliferar y consolidarse con un Estado débil y con un sistema de salud público desarticulado.

Sin embargo, esto genera una paradoja en el periodo 2007-2015, porque en este periodo se produjeron importantes cambios institucionales que devolvieron al Estado su capacidad regulatoria, al tiempo que se incrementó de forma importante el presupuesto en salud pública, y se adoptaron decisiones, asimismo importantes, en legislación nacional. Por ejemplo, reformas en la seguridad social para ampliar la cobertura de aseguramiento en salud para la población afiliada y sus familias, así como la creación de instituciones específicas para controlar el poder de mercado de las empresas.

Empero de ello, es justamente en ese periodo que se consolida y se expande la industria de la medicina pre-pagada y se profundiza aún más la monopolización del sector. De hecho, todos los indicadores económicos muestran una expansión del mercado de la medicina pre-pagada en el periodo en el que, supuestamente, más se consolidaba la capacidad regulatoria del Estado y se incrementaba el presupuesto público en salud.

Si, conforme a la hipótesis inicial, la expansión de la medicina pre-pagada implica el debilitamiento del Estado, pero todos los datos muestran que se produjo más bien una mayor participación de Estado en el área de la salud pública y una mayor capacidad regulatoria del Estado, ¿cómo explicar esta paradoja y contradicción? ¿Qué nuevos procesos emergen en esta coyuntura que explican, desde otras perspectivas teóricas, la relación entre esta industria y el sistema nacional de salud?

La presente investigación ha propuesto dos hipótesis para explicarlo: la primera es el ciclo político de la economía, en el cual las decisiones que se toman desde el gobierno no tienen peso real en los procesos de acumulación de capital, porque son decisiones que se verifican, validan e imponen en función de su importancia ideológica, es decir, la forma por la cual esas decisiones pueden influenciar sobre los votantes y asegurar un mayor capital electoral para el partido en el gobierno. Esta deriva de las políticas públicas orientadas no a resolver problemas sociales sino a garantizar espacios de maniobra política al régimen de turno, también ha sido denominada como “populismo”, aunque por razones analíticas la presente investigación se alinea con la hipótesis del ciclo político de la economía.

En consecuencia, las decisiones y las políticas públicas adoptadas en el ámbito de la salud pública fueron pensadas más en términos ideológicos que reales; esto se evidenció en dos coyunturas concretas: la primera son las reformas a las leyes de la seguridad social a fines del año 2010, que permitieron capitalizar electoralmente al gobierno en las elecciones del año 2011, y la segunda es el Decreto No. 813 del 12 de julio del año 2011, que establece reformas al reglamento general a la *Ley Orgánica del Servicio Público* (LOSEP), en virtud de las cuales se instaura la figura de “cesación de funciones por compra de renuncias con indemnización” (Art. 8 del Decreto 813), y que le permitió al régimen dismantelar los servicios más eficientes y con mayor nivel de especialización del MSP. Ambas decisiones dismantelaron la capacidad institucional del régimen contributivo y del MSP, respectivamente, y fortalecieron al sector privado de salud.

Es cierto que en esa coyuntura se incrementó el presupuesto en salud pública y que también creció el Fondo de salud individual y familiar del sistema de seguridad obligatorio, pero también es cierto que a partir de esa fecha (2010-2011) se produjeron importantes transferencias de liquidez hacia el sector privado tanto por parte del

Estado, a través del MSP, cuanto por parte del IESS. En la presente investigación se determinó que el monto de transferencias desde el IESS al sector privado en el periodo 2011-2014 superó los dos mil millones de dólares.

Se tiene, por tanto, decisiones de política pública que desarticulan la capacidad institucional del Estado, al tiempo que transfieren directamente recursos hacia los sectores privados, pero se enmascara este proceso de forma ideológica, y ello le permite al régimen ganar en dos frentes: de una parte, consigue legitimidad social, porque ha incrementado el presupuesto en salud pública y ha obligado a que clínicas, laboratorios y hospitales privados se incorporen a la oferta pública de salud; y, de otra, ha logrado que importantes grupos empresariales con capacidad de gestión política se conviertan, si no en aliados, al menos en actores sin mayor capacidad de cuestionamiento y crítica al régimen político. El régimen cosechó estas decisiones en masivos apoyos electorales durante el ciclo político de la economía.

Pero esta decisión provocó que muchos sectores de la población de los estratos más ricos en ingresos migren desde el seguro privado de salud hacia el seguro público o hacia el sistema de salud del MSP, utilizando las mismas clínicas, laboratorios y hospitales privados, pero ahora la factura la pagaba directamente el Estado. Esos sectores, que utilizan la nueva cobertura en salud creada por el Estado, expulsan a su vez a los sectores más pobres de esta nueva cobertura. El estrato más pobre de la población, paradójicamente, estuvo más vulnerable y frágil que en otras circunstancias políticas y económicas.

De esta forma se cumplía aquello que establecía la teoría económica con su Teorema Rotschild-Stiglitz, de que el equilibrio más eficiente es la coexistencia de un régimen contributivo con un fuerte sector privado de aseguramiento en salud. La industria de la medicina pre-pagada pudo ser más restrictiva en sus contratos y excluir muchas enfermedades preexistentes y catastróficas, porque ellas se derivaban directamente hacia el régimen contributivo obligatorio, o hacia la salud pública. La existencia de un régimen contributivo obligatorio le sirvió a la industria de la medicina pre-pagada para externalizar sus propias externalidades, esto es, derivar aquellos usuarios de mayor coste económico hacia el seguro social obligatorio o hacia el Estado, y quedarse con aquella población cuya tasa de morbilidad era un dato conocido y que no generaba asimetrías de la información para la industria. De esta manera, el sector del aseguramiento privado en salud pudo expandirse y consolidarse conforme los muestran los datos presentados.

La segunda hipótesis de la presente investigación hace referencia al concepto de grupo económico como sujeto político con capacidad de incidir sobre los entramados institucionales, y adecuarlos a los requerimientos de expansión y consolidación empresarial.

La industria del aseguramiento privado en salud está condicionada por el mercado, la estructura de sus costes, sus horizontes de beneficio y su contextura institucional específica como corporación. Pero el grupo económico tiene otros horizontes y otras expectativas. El grupo económico puede articular de manera armoniosa un conjunto de industrias y empresas disímiles en una estructura orgánica y coherente. El grupo económico tiene una capacidad que una sola industria no posee: aquella de vislumbrar un horizonte diferente al que puede visualizar la empresa o industria. Esa capacidad le permite al grupo económico comprender la importancia del

entramado institucional que soporta toda actividad económica. La industria asume el entramado institucional que la rodea como un dato de la realidad. El grupo económico lo asume como un hecho susceptible de ser transformado de acuerdo con sus intereses. La empresa no ve más allá de su propia actividad económica. El grupo económico tiene la posibilidad de aplicar una visión diferente, porque articula varias actividades económicas al interior de una sola dinámica de poder y dominación.

La empresa tiene una visión mercantil de su actividad. El grupo económico tiene una visión política. Por ello los personajes principales de los grupos económicos son también personajes políticos, porque ellos saben que solamente desde la política se pueden cambiar los entramados institucionales que rodean a las empresas y que acotan sus posibilidades. Como personajes políticos comparten la esfera del mundo privado con aquella de lo público. Muchas veces, los jefes ejecutivos de los grupos económicos se convierten en políticos militantes sin dejar de ser representantes de los grupos económicos.

El caso de la medicina pre-pagada es un caso de laboratorio. La empresa más importante del sector, y con una dominancia de mercado de más del 60% (Salud S.A.), es propiedad de un grupo económico, el grupo Futuro S.A. Este grupo articula de forma organizada y coherente diversas empresas de salud que sirven de complemento a la industria de la medicina pre-pagada. Estas empresas, que se convierten en proveedores principales de la empresa de medicina pre-pagada Salud S.A., representan un coste tan importante que encarecen el servicio de medicina pre-pagada. Pero gracias a ese encarecimiento, la tarifa de la medicina pre-pagada puede apalancar al conjunto de empresas del grupo económico, incluidas las industrias de seguros y reaseguros que también son propiedad del mismo grupo económico.

El grupo dispone así de una liquidez y de una rentabilidad para cada uno de los sectores, que le permite expandir y consolidar sus posiciones de mercado. Como se trata de una empresa con dominancia de mercado, el precio de la tarifa que impone se convierte en el precio marginal de la industria. Pero esa misma tarifa no tiene ninguna relación con el costo marginal de la prestación de servicios del grupo. En realidad, el grupo económico Futuro S.A. crea todas las condiciones económicas de su industria del aseguramiento privado en salud para que esa tarifa excluya a los sectores más pobres y con mayor riesgo epidemiológico, y se adecue a la función ingreso/gasto de las clases medias, que están en plena expansión y que siguen desconfiando de la atención pública en salud y del seguro social obligatorio. Al mismo tiempo, es una tarifa que reparte, por así decirlo, una utilidad a todas las empresas de salud del grupo, y se convierte en renta de monopolio del grupo.

De esta manera, el grupo económico puede disponer de un nivel de liquidez importante a un costo marginal relativamente bajo. El grupo puede utilizar esa liquidez para apalancar otros negocios en otras ramas productivas que nada tienen que ver con la salud, como por ejemplo el sector automotor, el sector inmobiliario, el turismo, entre otros. De hecho, el grupo Futuro S.A. tiene posiciones de monopolio y control de mercado en el segmento del turismo, de la medicina pre-pagada y de la industria de seguros y reaseguros.

Conforme a la hipótesis planteada, el representante del grupo, Roque Sevilla Larrea, es también un personaje político. Tiene capacidad de incidencia política porque además de empresario es político. Fue alcalde de la capital de la república, también fue

representante del gobierno para recaudar fondos para la Iniciativa Yasuní ITT. Como personaje político, actuó de forma política para incidir en los entramados institucionales que rodean a las industrias de su sector. Pudo bloquear todo intento de control de dominancia de mercado a sus empresas. Desarrolló estrategias de lobby político para atenuar la capacidad regulatoria del Estado hacia su sector. Impulsó mecanismos de legitimidad social lo suficientemente fuertes como para consolidar la imagen corporativa del grupo económico.

El resultado es que el país no disponía hasta el año 2016 de un sistema nacional de salud. La segmentación del sector y su fragilidad se constituían en importantes elementos de consolidación de la industria del aseguramiento privado en salud. El desarrollo teórico sustentado en la presente investigación demuestra las hipótesis planteadas.

## Bibliografía

- Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), 488-500.
- Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. *Journal of Economic Perspectives*, 27 (1), 197-222.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, LIII (5), 941-972.
- Banco Central del Ecuador. (2016). *Publicaciones de Banca Central*. Retrieved marzo de 2016 from Banco Central del Ecuador Información Estadística Mensual: <http://www.bce.fin.ec/index.php/component/k2/item/756>
- Banco Mundial. (1993). *Informe de Desarrollo Humano Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- Contraloría General Del Estado. (2006). *Informe General Proyecto para la modernización de los servicios de Salud MODERSA*. Quito: Contraloría General del Estado.
- Corrales Salas, C., & Quinapallo Vera, M. (2015). *Auditoría operativa para el área de cuentas por pagar en el departamento financiero de la empresa Salud SA*. Universidad Politécnica Salesiana. Guayaquil: UPS.
- Dávalos, P. (2014). *Alianza País o la reinención del poder. Siete ensayos sobre el posneoliberalismo en el Ecuador*. Bogotá: Desde Abajo.
- Dreze, J., & Schokkaert, E. (2012). *Arrow's theorem of the deductible: moral hazard and stop-loss in health insurance*. CORE. Louvain la Neuve: Center for Operations Research and Econometrics.
- EKOS Negocios, E. E. (27 de marzo de 2016). *Ekos*. Retrieved 27 de marzo de 2016 from [ekosnegocios: http://www.ekosnegocios.com/empresas/resultados.aspx?ids=423](http://www.ekosnegocios.com/empresas/resultados.aspx?ids=423)
- FMI. (2007). *Manual de transparencia fiscal*. Retrieved 30 de marzo de 2016 from FMI: <https://www.imf.org/external/np/fad/trans/spa/manuals.pdf>
- Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (Nov de 2009). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. *CEPAL - Serie Financiamiento del desarrollo No 219*, 7-113.
- Hale, B. (2009). What's so moral about the moral hazard? *Public Affairs Quarterly*, 23 (1), 1-25.
- James, D., Davis, J., Fouad, M., & Van Rijckeghem, C. (2006). *Ajuste fiscal para la estabilidad y el crecimiento*. FMI. Washington: FMI.
- Laurell, A. (2011). *Docplayer*. From LA SALUD: DE DERECHO SOCIAL A MERCANCIA: <http://docplayer.es/5393343-La-salud-de-derecho-social-a-mercancia.html>
- López Casanovas, G., & Saéza, M. (2005). A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. *Gaceta Sanitaria* (19), 59-64.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de México*, 53 (2), s177-s187.
- Madies, C., Chiavertti, S., & Chorny, M. (2000). Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*, 8 (1-2), 33-42.
- MSP Ministerio de Salud Pública. (01 de enero de 2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT*. Retrieved 27 de marzo de 2016 from MSP: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>
- MSP. (2016). *Presupuesto por grupo de gasto MSP*. Retrieved 28 de abril de 2016 from Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://public.tableau.com/profile/publish/Linkpresupuestario/Presentacin#!/publish-confirm>
- Niama, M. (2013). *Plan de Marketing para la incorporación de nuevos segmentos de mercado como estrategia de ventas de la empresa Humana S.A*. Universidad Politécnica Salesiana, Administración de empresas. Quito: UPS.
- Nordhaus, W. (1975). The Political Business Cycle. *The Review of Economic Studies*, 42 (2), 169-190.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: FCE.
- OPS (2008). *Perfil de los sistemas de salud en Ecuador*. Washington: OPS.

- Rotschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information . (T. M. Press, Ed.) *The Quarterly Journal of Economics* , 90 (4), 629-649.
- Sandoval Atapuma, L. (2015). *Modelo de gestión de la cartera para las empresas de medicina prepagada de Quito*. Escuela Politécnica Nacional, Facultad de Ciencias Administrativas. Quito: Escuela Politécnica Nacional.
- Shavell, S. (1979). On moral hazard and insurance. *Quarterly Journal of Economics* , 93 (4), 541-562.
- Stigler, G. (1961). The economics of information. *The Journal of Political Economy* , LXIX (3), 213-225.
- Stiglitz, J., & Walsh, C. (2008). *Microeconomía*. Madrid: Ariel.
- Tamariz F., D. (2014). *Análisis del retorno promocional del producto turístico Mashpi manejado por la empresa turística Metropolitan Touring 2012-2013*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias Humanas. Quito: PUCE.
- Veintimilla Portilla, D. & Veintimilla Portilla, S. (2014). *Plan Estratégico de mejoramiento del Programa de Medicina Prepagada ECUASANITAS*. Quito: UPS.
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. Quito: INEC-ANALITICA.
- Wikipedia. (2015). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Retrieved 28 de abril de 2016 from wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto\\_Ecuatoriano\\_de\\_Seguridad\\_Social](https://es.wikipedia.org/wiki/Instituto_Ecuatoriano_de_Seguridad_Social)
- World Bank. (2007). *Implementation Completion and Results Report for a Health Services Modernization Project*. Washington: World Bank.
- World Bank. (2003). *COUNTRY ASSISTANCE STRATEGY FOR THE REPUBLIC OF ECUADOR*. Washington: World Bank.
- World Bank. (2016). *Projects and Operations*. Retrieved 29 de marzo de 2016 from Social Development ii: Health and Nutrition (FASBASE): <http://www.worldbank.org/projects/P007087/social-development-ii-health-nutrition-fasbase?lang=en&tab=overview>
- “Apasionado ambientalista” ha recibido una serie de multas por construir hostel de lujo en área protegida de Ecuador La información y el contenido multimedia, p. p.-a.-r.-s.-m.-c.-h.-l.-a.-p.-e. (2013). *ANDES Agencia pública de noticias del Ecuador y Suramérica*. Retrieved 11 de mayo de 2016 from www.andes.info.ec: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/apasionado-ambientalista-recibido-serie-multas-construir-hostal-lujo-area-protogada-ecuador>



## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Empresas del sector de la medicina pre-pagada y del aseguramiento privado en salud.**

En la siguiente sección se hace un detalle de las principales empresas que conforman la industria de la medicina pre-pagada. Se toma en cuenta su fecha de constitución, su registro único de contribuyentes, su sede matriz, su dirección, el objetivo de la empresa de acuerdo a lo que dice su sitio web oficial, las empresas y grupos económicos a los que están vinculados y una breve descripción del comportamiento de las ventas de cada una de las empresas del sector para el periodo 2011-2014.

## SALUD S.A. SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA

**Fecha de Constitución:** 1993-09-27

**RUC:** 1791257049001

**MATRIZ:** Quito

**DIRECCION:** Av. República de El Salvador N36-84 y Av. Naciones Unidas

**Objeto Social:** Financiamiento de los servicios de salud y atención médica en general, a través de planes, de cualquier naturaleza, y cualquier otra actividad propia de las empresas de medicina propagado similares o relacionadas ([www.saludsa.com](http://www.saludsa.com)).

**Capital a 2014:** USD 243.026,40

**Objeto Social:** Servicios de seguro de medicina pre-pagada.

**Gerente:** IZUENGINE S.A.

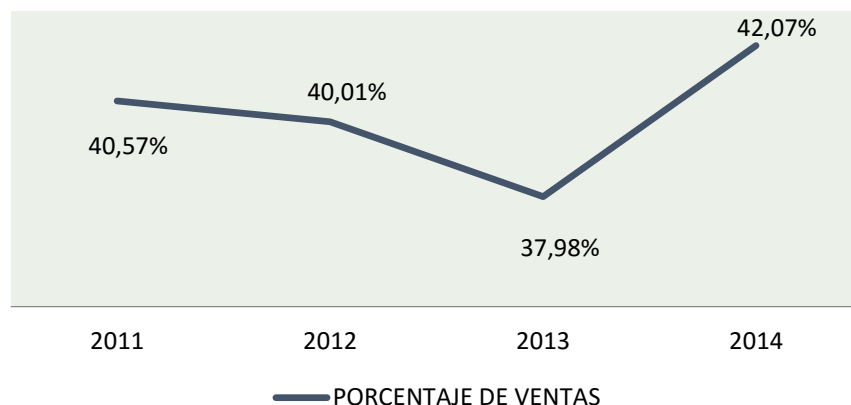
**Vicepresidente:** Romero Cevallos Luis Joaquín

La empresa forma parte del Grupo Futuro y también se relaciona con:

- METROPOLITAN TOURING C.A.
- METROPOLITAN TOURING DE GUAYAQUIL
- QUIMICOS LATINO ECUATORIANO QUILATEC CIA. LTDA.
- METROPOLITAN TOURING CUENCA C.A.
- METROMANABI C.A.
- PROMOTORES MÉDICOS LATINO AMERICANOS LATINOMEDICAL S.A.
- MEDISYSTEM HOLDING S.A.
- ADSAMED S.A.

**Gráfico No. 15**

**Evolución de Salud S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## ECUASANITAS S.A.

**Fecha de Constitución:** 1978-04-07

**RUC:** 1790363333001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** La Rábida N26-71 y La Pinta (esq.)

**Objeto Social:** Dar asistencia médica, quirúrgica, de hospitalización, así como cualquier otra actividad relacionadas con su objeto social, pudiendo asociarse con otras compañías nuevas o existentes, y toda clase de actos comerciales e industriales.

**Gerente General:** Ávila Rivas Patricio Alejandro

**Vicepresidente:** García Buces Francisco Javier (España)

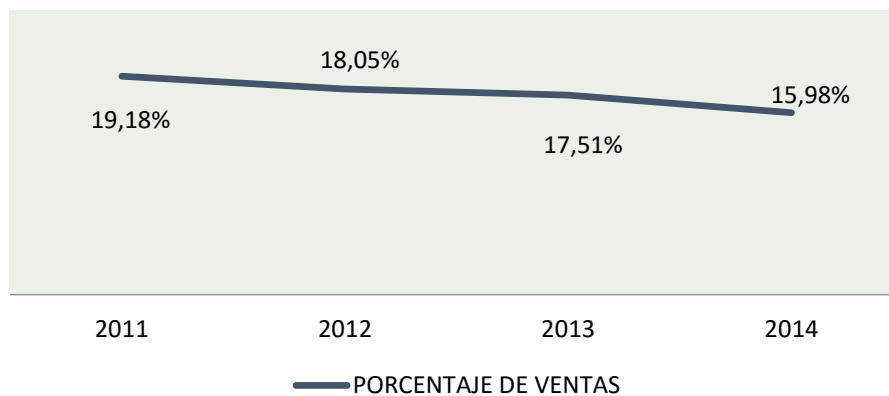
**Capital Suscrito:** USD 8.350.000

También se relaciona con:

- MARSUARTES CIA. LTDA.
- CLINICA INTERNACIONAL INTERSANITAS S.A.
- FINECO Y ASOCIADOS CIA. LTDA.
- ASISTENCIA MEDICA INMEDIATA ASIMEINSA S.A.

### Gráfico No. 16

**Evolución de Ecuasanitas S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR HUMANA S.A.

**Fecha de Constitución:** 1994-10-27

**RUC:** 1791279352001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Av. Atahualpa y Av. 10 de Agosto Edificio ABC Planta baja.

**Objeto Social:** Otorgar prestaciones de salud a través de mecanismos de medicina pre-pagada. Humana S.A. se constituyó en la ciudad de Quito en 1994 con el nombre de Medicina para el Ecuador Medi Ecuador Humana S.A. Su principal accionista es el grupo Conclínica C.A. Es una empresa de medicina pre-pagada legalmente constituida bajo las leyes de la República del Ecuador, cuyo objeto social principal, de conformidad con la ley, es el otorgar a sus afiliados en virtud del pago de cotizaciones o aportaciones el financiamiento para el servicio de salud y atención médica en general (tomado de [www.humana.com.ec](http://www.humana.com.ec)).

**Capital Suscrito:** USD 3.168.611

**Capital Autorizado:** USD 6.000.000

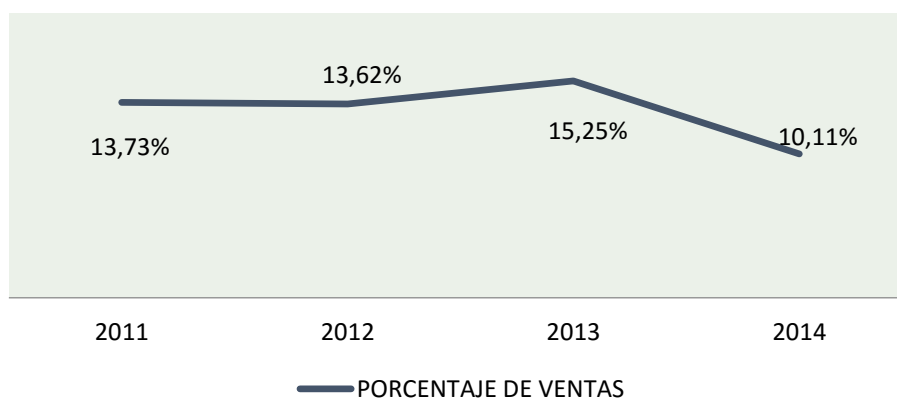
**Gerente General:** Albuja Espinosa Pablo Rodrigo

También se relaciona con:

- COMERCIALIZADORA BICISASA CIA. LTDA.
- ALBUJA PASQUEL E HIJOS
- INGENIEROS ASOCIADOS S.A.
- CONJUNTO CLINICO NACIONAL CONCLINICA C.A.
- MEDICA NORTE METROPOLINORTE S.A.
- INMOBILIARIA METROPOLITANA S.A.
- METROMOBILAR
- FESALUD S.A.

**Gráfico No. 17**

**Evolución de Humana S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

**MEDICINA DEL FUTURO DEL ECUADOR MEDICALFE S.A.**

**Fecha de Constitución:** 2009-08-04

**RUC:** 1792206979001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Av. Amazonas N39-61 y Calle Pereira, Edificio Centro Financiero 208, Iñaquito

**Objeto Social:** La compañía tendrá por objeto el financiamiento de los servicios de salud y atención médica en general, en las distintas especialidades médicas, para lo cual cobrará a los contratantes o afiliados los valores correspondientes, según los planes de atención que ofrezca; así como, la ejecución de actividades afines o complementarias a tal objeto ([www.confiamed.com](http://www.confiamed.com)).

**Capital Suscrito:** USD 584.190

**Capital Autorizado:** USD 640.000

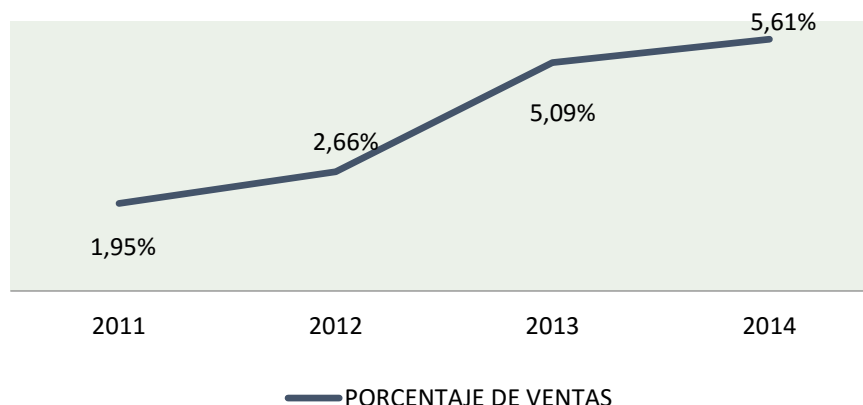
**Gerente General:** Gallegos Valdiviezo Gryska Valeria

También se relaciona con:

- GRUPO ECONOMICO PICHINCHA
- GELD-HOLDINGS S.A.
- AIG-HOLDINGS S.A.
- CITY ECUATORIANA PRODUCTION COMPANY
- TELSON Y ROSTRUM CIA. LTDA.
- FIRSTECUADOR S.A.
- AGENCIA COLOCADORA DE SEGUROS NOVAECUADOR
- SEGUROS PICHINCHA S.A. CIA. DE SEGUROS

**Gráfico No. 18**

**Evolución de Medicalfe S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## MEDICINA PREPAGADA CRUZ BLANCA

**Fecha de Constitución:** 2002-01-18

**RUC:** 1791816757001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Gral. Salazar E11-115 y Av.12 De Octubre, Quito.

**Objeto Social:** Prestar y financiar servicios médicos de medicina pre-pagada. Proporcionar asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria.

**Capital Social:** USD 2.277.700

**Capital Autorizado:** USD 4.555.400

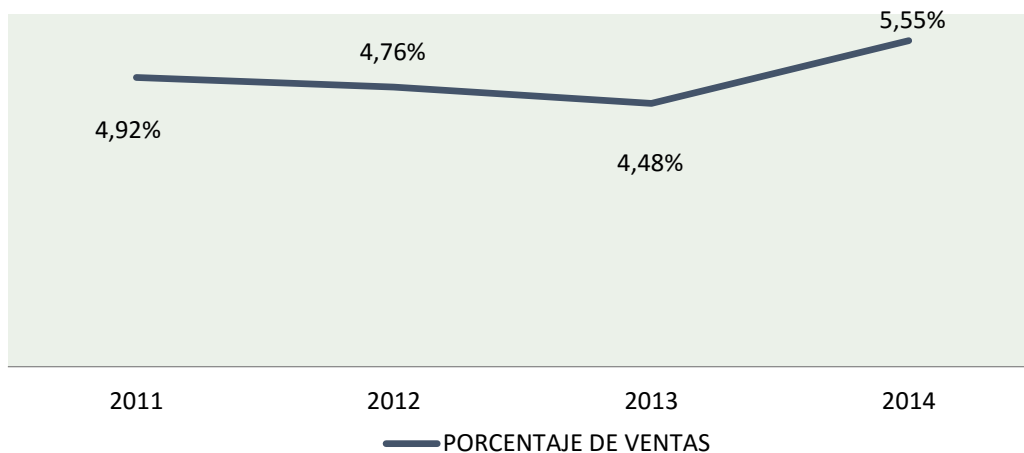
**Presidente:** Grosso Sandoval Guillermo Enrique (Colombia)

**Gerente General:** Serrano Mantilla Esther (Colombia)

También se relaciona con:

- INSTITUCION AUXILIAR DEL COOPERATIVISMO ACCION Y PROGRESO
- SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EN LIQUIDACION)

**Evolución de Cruz Blanca S.A. 2011-2014**



**Gráfico No. 19**

**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## CENTRO DE DIALISIS CONTIGO S.A DIALICON

**Fecha de Constitución:** 2004-09-14

**RUC:** 1791954947001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Teniente Hugo Ortiz Oe2-445 y Quimiag, Solanda, Quito

**Objeto Social:** La prestación de servicios profesionales en el área de administración, instalación, equipamiento, control, supervisión, desarrollo; en general, toda la explotación comercial y funcionamiento de laboratorios clínicos ([www.contigo-davida.com.ec](http://www.contigo-davida.com.ec)).

**Capital Suscrito:** USD 80.000

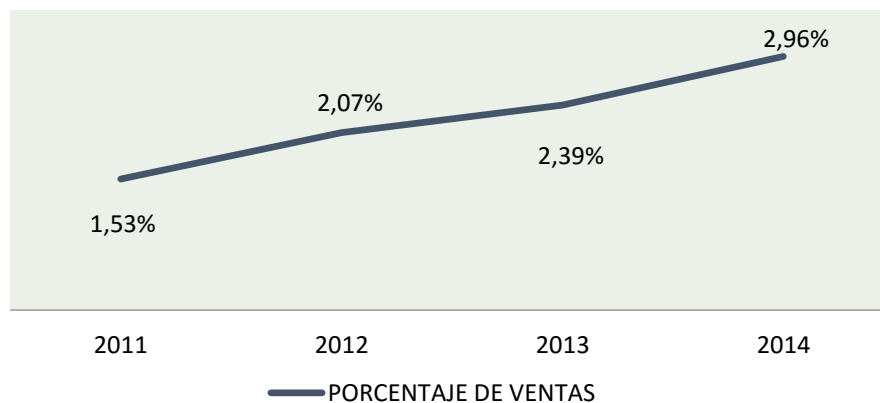
**Gerente General:** Espín Cunha Marcelo Antonio

También se relaciona con:

- DOBERCHE DEL ECUADOR CIA. LTDA.
- TANEYA S.A.
- SERDIDYV S.A. SERVICIOS DE DIALISIS DISTRIBUCION Y VENTAS
- DIALVIDA CENTRO DE DIALISIS CIA. LTDA.
- VALTROSA ASESORES S.A.
- MERCANTIL CONTRACTA CIA. LTDA.
- TECNIDIALISIS S.A.
- CARDIOMED INSUMOS Y EQUIPOS MEDICOS CIA. LTDA.
- MEDICINA Y SANIDAD MEDSAN CIA. LTDA.
- PROTRAUMA S.A. PRODUCTOS TRAUMATOLOGICOS

**Gráfico No. 20**

**Evolución de Dialicon S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## MED.I.KEN. MEDICINA INTEGRAL KENNEDY S.A.

**Fecha de Constitución:** 1983-05-03

**RUC:** 0990631425001

**Matriz:** Guayaquil

**Dirección:** Calle 9na Oeste 107, entre Av. San Jorge y Calle G., Ciudadela Kennedy.

**Objeto Social:** Otorgar servicios de asistencia médica a las personas que lo requieran a través de profesionales independientes especializados en las distintas ramas de la ciencia médica ([www.e-mediken.com.ec](http://www.e-mediken.com.ec)).

**Capital Suscrito:** USD 496.000

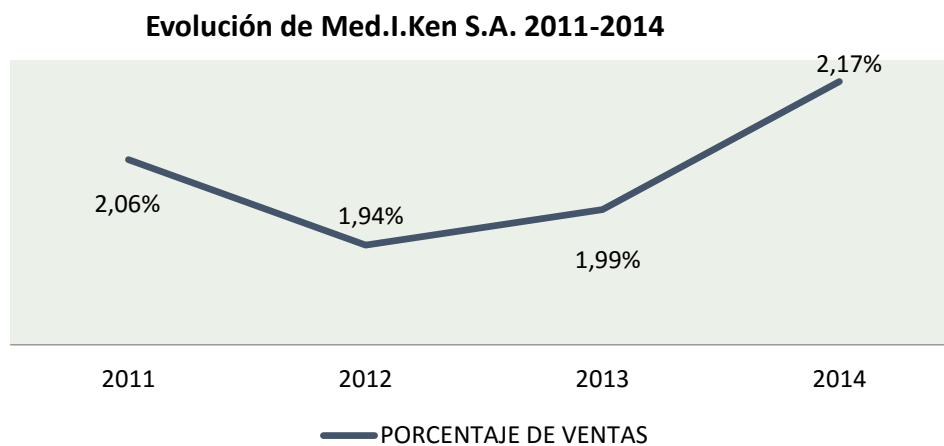
**Capital Autorizado:** USD 496.000

**Presidente:** Wong Carrera Otton Leandro

También se relaciona con:

- CONSTRUCTURA PERRONE GALARZA CIA. LTDA.
- PREDIAL PRELAWO S.A.
- UROLASER KENNEDY S.A.
- IMPEMENTATION AND CONTROL OF MEDICINES IMCONT S.A.
- ECUAGLOBAL COMEX S.A.

**Gráfico No. 21**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

Elaboración: Autor



**COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGA INMEDICAL  
MEDICINA INTERNACIONAL S.A**

**Fecha de Constitución** 2007-07-11

**RUC:** 1792092051001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Antonio Ulloa N31-264 y Av. Mariana de Jesús, Quito

**Objeto Social:** La prestación de servicios de salud y medicina pre-pagada, asesoramiento a entidades sociedades y corporaciones públicas y privadas dentro del ámbito de la salud y la medicina pre-pagada ([www.inmedical.com.ec](http://www.inmedical.com.ec)).

**Capital Social:** USD 410.320

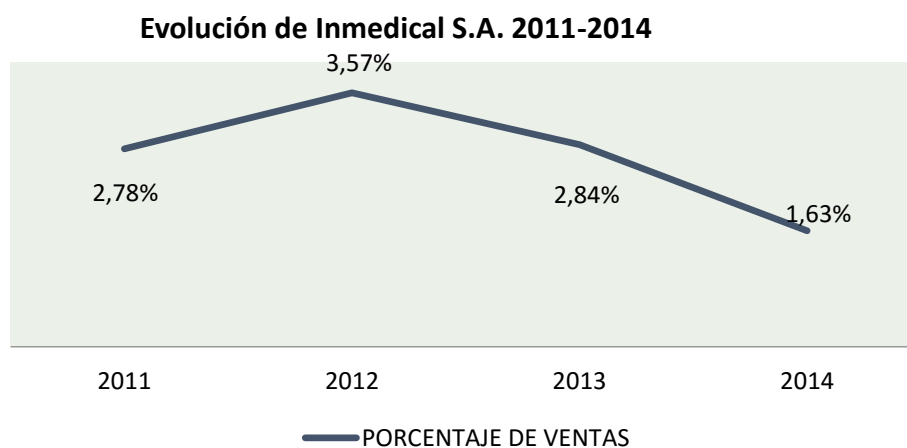
**Capital Autorizado:** USD 420.640

**Gerente General:** Peñafiel Revelo Wilson Eduardo

También se relaciona con:

- SERCAL TELECOM S.A.
- SESATSEGURIDAD
- SALUD Y TRABAJO S.A.
- ECUACTUARIA S.A.
- TELECOMUNICACION Y SERVICIOS DE ATENCION A CLIENTE TCONTACTA S.A.
- ECUARETENER S.A.
- SESATSEGURIDAD
- SALUD Y TRABAJO S.A.
- COMERCIALIZADORA CHAVEZ & VELEZ MUNDORUEDA CIA. LTDA.
- COMPAÑÍA DE PRODUCTOS
- SERVICIOS QUITO ECUESTRE QUIECUEST CIA. LTDA.

**Gráfico No. 22**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## LABORATORIO CLINICO ARRIAGA

**Fecha de Constitución:** 1980-08-18

**RUC:** 0990493782001

**Matriz:** Guayaquil

**Dirección:** San Jorge 805, entre Novena y Décima, Clínica Kennedy.

**Objeto Social:** Prestar públicamente el servicio de patología clínica mediante análisis bioquímicos hematológicos ([www.laboratorioarriaga.net](http://www.laboratorioarriaga.net)).

**Presidente:** Arriaga Fiallos Walter Kléver

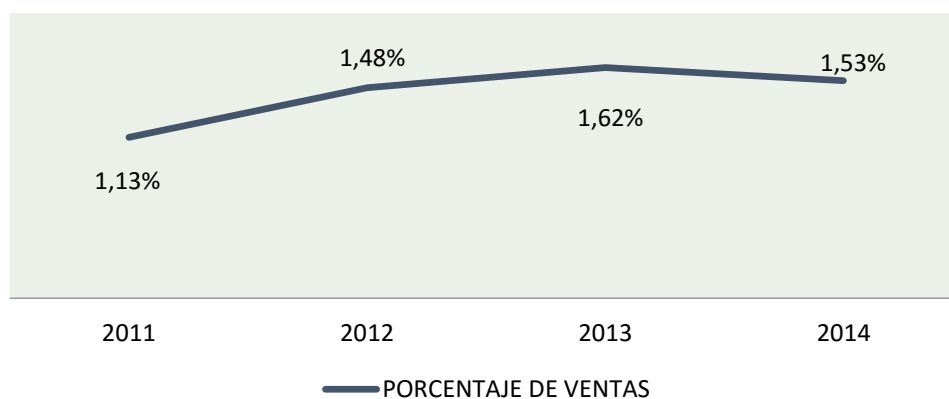
**Gerente:** Wong Guerra Libia Ángela

También se relaciona con:

- LABORATORIO CLINICA HCKA S.A.
- CORPORACION DEIOS S.A.
- NUVIA S.A.

**Gráfico No. 23**

**Evolución de Laboratorio Clínico Arriaga S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## OMNISCAN

**Fecha de Constitución:** 2007-08-08

**RUC:** 1792097126001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Av. Pérez Guerrero Oe3-25 y Versalles, Clínica Oftálmica.

**Objeto Social:** Desarrollo, manejo, administración y comercialización de todas las actividades relacionadas con la prestación de servicios de imagenología. Importación, exportación, compra, venta, arrendamiento, comercialización, distribución y representación de insumos, productos, maquinarias, equipos, accesorios, repuestos, partes, piezas, equipos y sistemas que tengan relación con su objeto social.

**Capital Suscrito:** USD 2.835.110

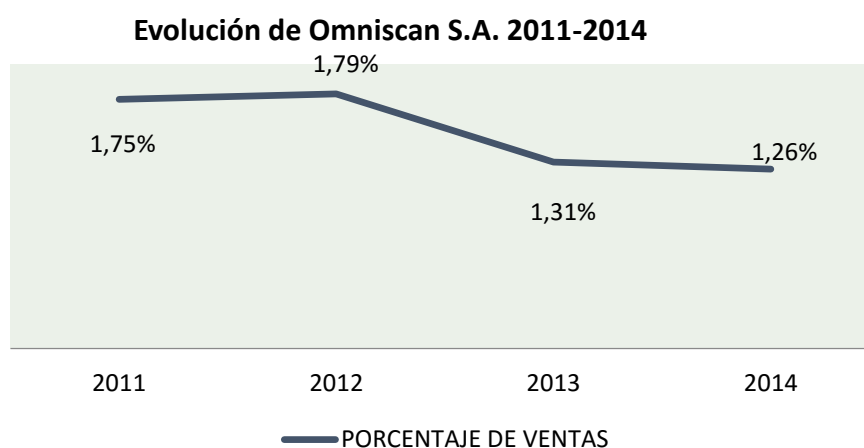
**Capital Autorizado:** USD 3.275.640

**Gerente:** Haro Ortuño Edison Fernando

También se relaciona con:

- HOPIIMAGENES S.A.
- AXXISCAN S.A.
- HAROMERO CIA. LTDA.
- ROGHA RECREOSCAN S.A.
- INMOBILIARIA FEIJOO CIA. LTDA.
- FLETCHER LAZO & ASOCIADOS ESTUDIO JURIDICO S.A.
- OLIVA ROURA ASOCIADOS S.A.

**Gráfico No. 24**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## LABORATORIO CLINICO ALCIVAR ALCLINIC S.A.

**Fecha de Constitución:** 2008-06-30

**RUC:** 0992570407001

**Matriz:** Guayaquil

**Dirección:** Cañar 609 y Coronel, Edificio Fundación Alcívar.

**Objeto Social:** La planificación, proyección y ejecución de actividades de laboratorio clínico ([www.laboratorioalcivar.com](http://www.laboratorioalcivar.com)).

**Capital Suscrito:** USD 50.000

**Capital Autorizado:** USD 100.000

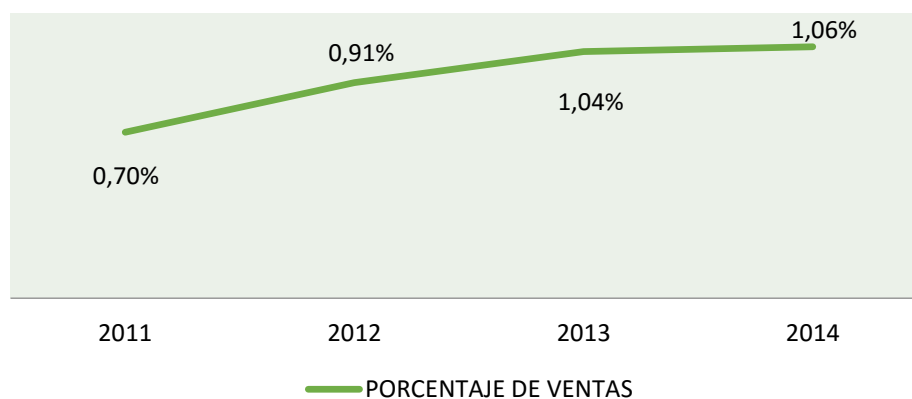
**Gerente General:** Alcívar González Raúl Francisco

También se relaciona con:

- ESCULAPIO S.A.
- PRIMENOVA S.A.
- DIALCIVAR S.A.
- GEMOALCIVAR S.A.
- INMOBILIARIA ALPI S.A. ALPISA
- INMOBILIARIA VIOGIL S.A.
- CIRULSA S.A.
- OCTRONICA S.A.
- DASTRIL S.A.

**Gráfico No. 25**

**Evolución de Alclinic S.A. 2011-2014**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## LABSERVICES

**Fecha de Constitución:** 2007-11-19

**RUC:** 0992542462001

**Matriz:** Portoviejo

**Dirección:** Rocafuerte, entre Av. Guayaquil y Bolívar.

**Objeto Social:** La explotación de clínicas y sanatorios en todas las formas; en tanto podrá instalar y explotar establecimientos asistenciales, sanatorios y clínicas médicas quirúrgicas y de reposo, dará la atención a enfermos y/o internados e instalaciones de laboratorios.

**Capital Suscrito:** USD 180.000

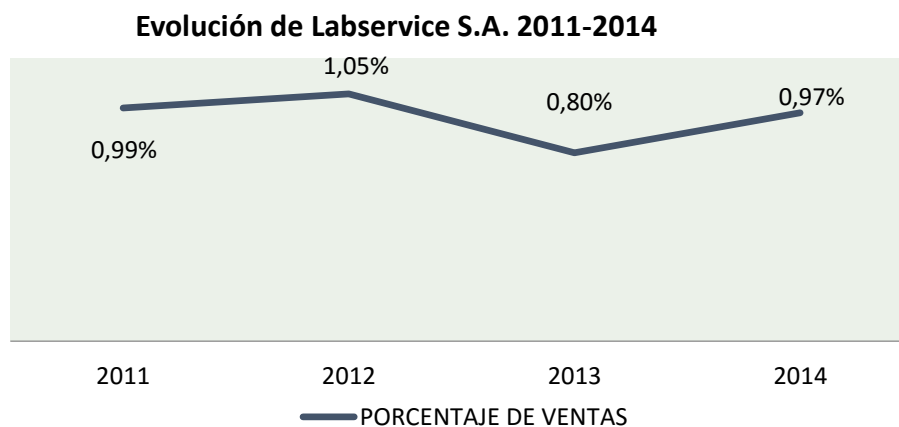
**Capital Autorizado:** USD 180.000

**Gerente General:** Macías Loor Jorge Eduardo

También se relaciona con:

- INTERNACIONAL LABORATORIES SERVICES INTERLAB S.A.
- MACIAS SERVICIOS MEDICOS MASERMED S.A.
- INTERMILAGRO S.A.
- INTERMACHALA S.A.
- LABQUEVEDO
- LABMANTA S.A.
- CORPOLABCLINIC S.A.
- UNIDAD OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA U.D.O.M. S.A.
- HOSPITAL MEMORIAL DEL ECUADOR S.A. H.M.E.
- INMOTEX S.A.
- PUBLISTAR S.A.
- EMPRESALUD S.A.
- INTERHOSPITAL S.A.
- FURONDAS S.A.
- ADMINISTRADORA ADGUEVARA C.A.

**Gráfico No.26**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías  
**Elaboración:** Autor  
**PASAL PATIÑO PATRICIO S.A.**

**Fecha de Constitución:** 2001-01-15

**RUC:** 0992236868001

**Matriz:** Guayaquil

**Dirección:** Habana Nro. 908 A y Francisco Segura, barrio El Seguro.

**Objeto Social:** Servicio, tratamiento de hemodiálisis.

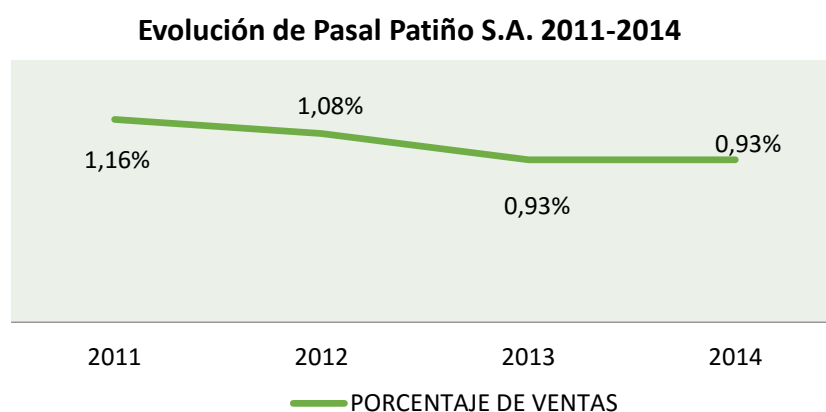
**Capital Suscrito:** USD 40.000

**Gerente General:** Quirós Castro José Leopoldo

También se relaciona con:

- SUMINISTROS Y DIALISIS SUMIDIAL S.A.
- INVESDIAL CIA.LTDA.
- MANADIALISIS S.A.
- FRESENIUS MEDICAL CARE ECUADOR HOLDINGS S.A.
- CONSULTIVA MANAGING EMPRESARIAL S.A. CONSEMPRESARIAL

**Gráfico No. 27**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## HOSPIMAGENES

**Fecha de Constitución** 2005-05-24

**RUC:** 1791989848001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Av. Interoceánica Km.12 1/2 y Florencia.

**Objeto Social:** Desarrollo, manejo, administración y comercialización de todas las actividades relacionadas con la provisión de servicios de imagenología y todas las ramas afines de la medicina humana.

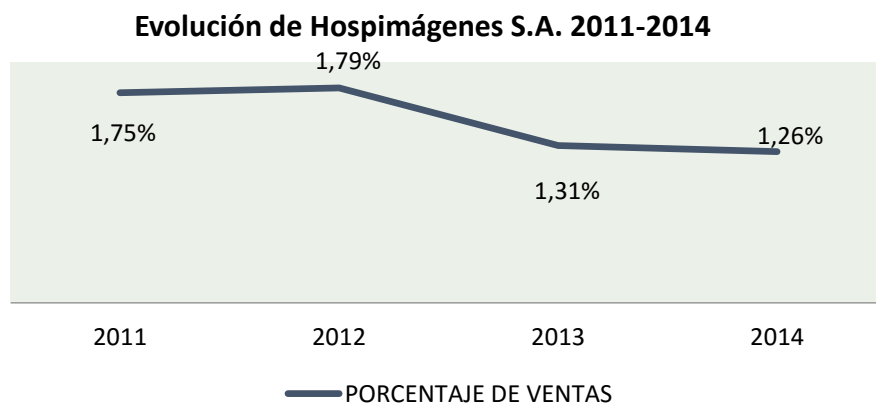
**Capital Suscrito:** USD 400.000

**Gerente General:** Haro Ortuño Edison Fernando

También se relaciona con:

- OMNISCAN RADIOLOGOS ASOCIADOS S.A.
- AXXICAN S.A.
- HAROMERO CIA. LTDA
- ROGHA RECREOSCAN S.A.
- DIAGNOSTICO POR IMAGEN DIAGNOIMAGEN CIA. LTDA.

**Gráfico No. 27**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor

## ALFAMEDICAL

**Fecha de Constitución:** 2002-01-30

**RUC:** 1791819299001

**Matriz:** Quito

**Dirección:** Tomás Chariove N49-11 y Pasaje Fermín Rosas.

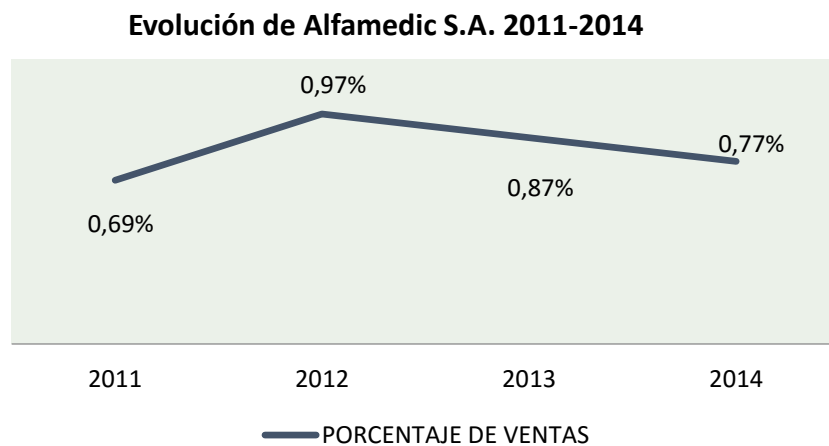
**Objeto Social:** Prestación de servicios médicos integrados, mediante asistencia médica hospitalaria y financiamiento de los servicios de salud, atención médica en general y medicina a través de planes y programas, a nivel nacional, que incluirán sistemas de salud y medicina prepagada.

**Capital Suscrito:** USD 211.000

**Gerente General:** Rubio Cerón Segundo Marcelo

**Presidente:** Albuja Valdiviezo Javier Fernando

**Gráfico No. 28**



**Fuente:** Superintendencia de Compañías

**Elaboración:** Autor



## Anexo 2

CLINICAS HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD	Ventas 2014
HOSPITAL METROPOLITANO	70.369.708
HOMSI HOSPITAL MONTE SINAI S.A.	10.624.667
NETLAB	7.112.771
SOLCA	52.424.317
CLINICA PANAMERICANA CLIMESA S.A.	46.448.807
HOSPITAL DE LOS VALLES S.A. HODEVALLES	43.944.536
HOSPITAL VOZANDES DE QUITO	37.415.391
ESCULAPIO S.A.	33.289.108
LATINOMEDICAL S.A.	31.706.519
SERVICIOS MEDICOS SAN FRANCISCO (SEMEFRAN) C.A.	23.261.935
C.A. CLINICA GUAYAQUIL SERVICIOS MEDICOS	22.218.493
SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A. ALBOTEOTON	20.736.214
MANADIALISIS S.A.	18.793.916
HOSPITAL INGLÉS EMCI CIA. LTDA.	13.919.586
TAYANA S.A.	13.647.670
HOSPITAL DEL RÍO HOSPIRIO S.A.	12.300.829
CENTRO MÉDICO QUIRÚRGICO PICHINCHA CENMEP S.A.	12.246.809
CLÍNICA INTERNACIONAL INTERSANITAS S.A.	12.012.570
CLÍNICA PASTEUR	11.503.409
NOVACLINICA S.A.	10.429.662
SISTEMAS MÉDICOS DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO S.A.	9.714.380
H.M.O. SYSTEMS DEL ECUADOR S.A.	9.591.671
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS SANTA INÉS S.A.	8.881.060
RUTHY CIA. LTDA.	8.760.800
MED-EC S.A.	7.545.419
CENTRO MÉDICO AMBULATORIO METROAMBULAT S.A.	7.150.370
CLÍNICA SANTA MARÍA CLISANTA S.A.	6.914.070
DAME S.A. DAMESA	6.527.848
DANREMA S.A.	6.121.629
R.DES SERVICIOS CORPORATIVOS CIA. LTDA.	5.898.996
SOCIEDAD DE HEMODIÁLISIS SOCIHEMOD CIA. LTDA.	5.859.594
CENTRO MÉDICO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CEMOPLAF	5.414.295
UNIDAD ONCOLÓGICA SOLCA TUNGURAHUA	6.276.917
CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL	5.942.474
RENALCENTRO S.A.	5.088.564
CLÍNICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRÚRGICO S. A.	4.657.528
AXXISCAN S. A.	4.327.987
ASOCIACIÓN MÉDICA RENAL PORTOVIEJO ASMERP S.A.	4.117.137

DIPROMEDICO CÍA. LTDA.	4.735.315
CLÍNICA SAN FRANCISCO S. A.	4.000.084
DIALCENTRO S.A.	3.996.067
GINECOLÓGICA MÉDICA S.A. GINECOMED	3.941.073
GRUHCLISAN CIA. LTDA.	3.706.429
CLÍNICA DE OSTEOPOROSIS S.C.C.	3.477.135
ANGIOTEC S.A.	3.460.329
HOSPITAL CLÍNICA SAN AGUSTÍN CIA. LTDA.	3.238.825
UNIDAD DE SERVICIOS RENALES DEL AUSTRO UNIREAS CIA. LTDA.	3.236.737
HOSPITAL VOZANDES DEL ORIENTE	2.843.141
PLAN VITAL VITALPLAN S.A.	2.042.300
INSTITUTO DEL RIÑÓN Y CENTRO DE DIÁLISIS SAN MARTÍN INRIDI SAN MARTÍN S.A.	3.064.065
REMAKEN, RESONANCIA MAGNÉTICA KENNEDY S.A.	2.007.244
ECUAFONTES S. A.	2.656.363
CINEANGIO SERVICIOS MÉDICOS S.A.	3.046.192
TRAUMA ORTOPEDICS S. C. C.	3.539.162
CENTRO ECUATORIANO DE REPRODUCCIÓN HUMANA DR. PABLO VALENCIA CERHVALENCIA CÍA. LTDA.	2.527.759
EMIECUADOR S.A. EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL	2.881.387
PARKSIDE INTERNATIONAL CIA. LTDA.	1.883.595
I.E.D.Y.T. S.A. INSTITUTO ECUATORIANO DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES	2.794.205
EMPRESALUD S.A.	2.651.195
CLINEFNORTE CIA. LTDA.	2.602.941
FESALUD S.A.	2.586.270
HOSPITAL MILLENNIUM, HOSPIMILLENNIUM S. A.	2.367.540
<b>TOTAL</b>	<b>696.483.009</b>

Fuente: EKOS Negocios 2016, SRI.

Elaboración: Autor

### Anexo 3

<b>COMERCIO AL POR MAYOR DE INSTRUMENTOS MEDICOS</b>	<b>Ingresos 2014</b>
MEDICORSA CIA. LTDA	3.127.234
AMCECUADOR C. L.	19.395.867
SUMINISTROS MEDICOSY DE LABORATORIO SUMELAB CIA. LTDA.	47.828.943
ÁLVAREZ LARREA EQUIPOS MÉDICOS ALEM CIA. LTDA.	43.951.505
SIMED S. A.	38.047.923
B. BRAUN-MEDICAL S. A.	30.286.299
NIPRO MEDICAL CORPORATION	23.084.848
ECUADOR OVERSEAS AGENCIES S. A.	20.409.149
MAXIMA MEDICAL	20.330.130
Z & U MED CIA. LTDA.	20.231.207
IMPORTADORA BOHÓRQUEZ CIA. LTDA.	18.466.500
ALCONLAB ECUADOR S. A.	17.568.862
VIAPROYECTOS S.A.	15.623.772
INVIMEDIC S. A.	12.331.394
PRODONTOMED S.A.	11.486.167
EXPORANDINA CIA. LTDA.	7.513.524
FRISONEX, FRISON IMPORTADORA, EXPORTADORA CIA. LTDA.	9.688.418
PRODUCTOS Y DISTRIBUCIONES MEDICAS ANDINO (PRODIMEDA) CIA. LTDA.	9.467.953
ORIMEC, ORIENTAL MEDICAL DEL ECUADOR C.A.	9.465.905
ECUASURGICAL S. A.	9.460.894
RECOR DENTAL Y QUIMEDIC CIA. LTDA.	9.391.067
VIENNATONE S. A.	9.126.600
SISTEMAS DE SALUD ROCARSYSTEM S. A.	8.948.264
REPRESENTACIONES MÉDICAS JARA FABIÁN JARAFABI CIA. LTDA.	8.458.484
ELICROM CIA. LTDA. PROVEDORA DE EQUIPOS PARA LABORATORIO, LA INDUSTRIA Y ASesoría TÉCNICA	7.799.877
ADVANCED MEDICAL IMAGING DEL ECUADOR ADVMEDICAL C. A.	6.972.485
GUILLERMO MORENO PRODUCTOS MEDICOS GIMPROMED CIA. LTDA.	6.760.511
EQUIPOS E INSUMOS MÉDICOS JON & DIE MEDICAL S.A.	6.110.759
CORPOMEDICA CIA. LTDA.	6.059.978
VIBAG C.A.	5.512.850
REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.	5.349.777
DT MEDICAL EQUIPOS E INSUMOS MEDICOS S.A.	5.180.962
INGEMEDICA DEL ECUADOR S.A.	5.042.927
BANDA VANONI CIA. LTDA.	4.836.008
TOP MEDICAL ECUADOR S.A.	4.746.205
MEDICAL DEL SUR SOUTHMEDICAL S.A.	3.144.506
ESPECTROCROM CIA. LTDA.	4.423.894
PROVEEDORA DE INSTRUMENTOS ANALÍTICOS E INDUSTRIALES PROINSTRA S.A.	4.383.963
DEPÓSITO DENTAL KROBALTO C.A.	3.855.859
ELITE SCOPE S.A.	3.119.683

INTERMEDICA CIA. LTDA.	3.039.403
MEDITOP S.A.	3.347.077
PERFECTECH S.A.	3.344.621
PROINTER PRODUCTOS INTERNACIONALES S.A.	3.343.602
PURIFLUIDOS, PURIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE FLUIDOS CIA. LTDA.	3.330.829
BACTOBIOLOGY CIA. LTDA.	3.239.915
LOUPIT S.A.	3.231.351
MEDICINA GLOBAL GLOMEDICAL CIA. LTDA	3.199.218
VIALDENTAL GENERAL SERVICES CIA. LTDA.	3.105.454
COMERCIO Y REPRESENTACIONES INTERNACIONALES C.A. COMERICA	2.673.286
CORPORACIÓN GENPHARMA S.A.	2.863.621
HEALTH AND GLOBAL SERVICES S.A. HEALGLO	2.815.567
NORVENPRO S.A.	2.781.755
IMPROHOSFAR S.A.	2.751.296
SUMINISTROS MÉDICOS MANOSALVAS VILLAGOMEZ MV ASOCIADOS CIA. LTDA.	2.696.174
MEDIMP S.A.	2.649.646
CORPMASER S.A.	1.574.273
REACTIVOS Y MEDIOS DE CULTIVOS RMC S.A.	2.344.814
TOTAL	559.323.055

Fuente: EKOS Negocios 2016, SRI.

Elaboración: Autor

## Anexo 4

<b>COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>	<b>Ingresos 2014</b>
MERCK C.A.	47.455.202
ZONATRADE REPRESENTACIONES	4.406.761
RUIZ OÑOS PHARMA CIA. LTDA.	3.040.306
RESTREPO COMERCIAL INTERANDINA CIA. LTDA.	2.548.241
DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA ECUATORIANA (DIFARE) S.A.	595.049.825
LETERAGO DEL ECUADOR S.A.	310.865.064
FARMAENLACE CIA. LTDA.	219.146.983
ECUAQUIMICA ECUATORIANA DE PRODUCTOS QUÍMICOS C.A.	204.169.720
ECUAFARMACIAS & ASOCIADOS S.A.	170.362.467
BAYER S.A.	113.250.364
ABBOTT LABORATORIOS DEL ECUADOR CIA. LTDA.	81.599.633
ROCHE ECUADOR S.A.	72.029.534
PFIZER CIA. LTDA.	62.620.793
MEDICAMENTA ECUATORIANA S.A.	56.319.767
GRUNENTHAL ECUATORIANA CIA. LTDA.	51.110.423
GLAXOSMITHKLINE ECUADOR S.A.	49.403.890
SCHERING PLOUGH DEL ECUADOR S.A.	44.350.947
SANOFI-AVENTIS DEL ECUADOR S.A.	43.237.280
BOEHRINGER INGELHEIM DEL ECUADOR CIA. LTDA.	43.171.790
DROMAYOR S.A.	33.547.381
MERCK SHARP & DOHME (INTER AMERICAN) CORPORATION	35.022.176
LABORATORIOS BAGÓ DEL ECUADOR S.A.	33.221.932
BAXTER ECUADOR S.A.	29.219.775
TECNOQUÍMICAS DEL ECUADOR S.A.	26.001.258
BRYFARM S.A.	25.855.784
BEIERSDORF S.A.	23.872.788
WESTERN PHARMACEUTICAL S.A.	25.122.093
CORPORACION FARMACEUTICA MEDISUMI S.A.	23.363.741
JRC PHARMA S.A.	22.681.259
LABORATORIOS CHALVER DEL ECUADOR CIA. LTDA.	20.245.805
BALANCEADOS DEL PACÍFICO S. A. BALANPAC	19.787.335
GENOMMALAB ECUADOR S.A.	18.213.577
GRUPOFARMA DEL ECUADOR S.A.	17.877.898
LABORATORIOS GENÉRICOS FARMACÉUTICOS ECUATORIANOS S.A. GENFAR ECUADOR	16.164.094
LABORATORIOS BIOGENET S.A.	15.967.193
DISTRIBUIDORA JOSÉ VERDEZOTO CIA. LTDA.	15.941.009
ROEMMERS S.A.	14.256.415
DYM CARMEN MUÑOZ S.A.	13.846.073
GARCOS S.A.	13.798.770
LABORATORIOS LA SANTÉ CIA. LTDA.	13.788.252

MARKETING WORLWIDE ECUADOR S.A.	12.608.512
4LIFE RESEARCH ECUADOR LLC	11.740.081
BOTICAS UNIDAS DEL ECUADOR C.A.	10.944.636
REPRESENTACIONES WHITEHOUSE CIA. LTDA.	9.959.067
RODDOME PHARMACEUTICAL S.A	10.560.957
INTERPHARM DEL ECUADOR S.A.	11.187.714
VANTTIVE CIA. LTDA.	10.232.312
CORMIN CIA. LTDA.	10.230.070
ARTISFARMA S.A.	9.282.668
ARMIJOS ROMERO CIA. LTDA.	9.422.390
LABORATORIO CLINICO ECUA-AMERICAN LAB.E.A. CIA. LTDA.	8.432.674
LABORATORIOS GUGONZA S.A.	8.425.457
ABL PHARMA ECUADOR S.A.	8.415.697
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA ORELLANA S.A. DISFOR	7.804.364
NEGOCIOS FARMACÉUTICOS SALAS (NEGFAR) S.A.	7.457.744
AGENCIAS Y DISTRIBUCIONES INTERANDINAS S.A. ADISA	7.055.209
FARMADIAL S.A.	6.970.350
INTERVET ECUADOR S.A.	4.581.692
DACHAFARM S.A.	6.823.754
LABVITALIS S.A.	6.759.723
DIFAL S.A.	6.289.162
NEW YORKER S.A.	6.680.703
GUTIS FARMACÉUTICA ECUADOR S.A.	6.617.246
GLOBALRENT S.A.	6.581.715
MEDICOPHARMA S.A.	6.283.638
BANCO ONCOLÓGICO BANCOLOGY S.A.	6.744.434
MEDILABOR S.A.	6.063.850
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA ASOCIADA DFA S.A.	3.927.290
GLUCOSAMINA S.A.	3.895.838
LABORATORIOS BIOPAS S.A.	5.820.839
FOREVER-LIVING PRODUCTOS DEL ECUADOR S.A.	5.766.018
FARMACIAS DIVINO NIÑO & ASOCIADOS S.A. DIVIFARM	5.581.911
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA VACUNAS VACUNAMED S.A.	5.448.794
BRESSON S. A.	5.276.020
IMPVET IMPORTADORA VETERINARIA CIA. LTDA.	6.001.447
BIO-IN S.A. SISTEMAS MÉDICOS	5.190.831
APROFARM S.A.	4.621.716
PROVIMEDIC S.A.	4.698.329
CRECICORP S.A.	4.581.213
ECUABIRM CIA. LTDA.	4.282.601
LABORATORIOS OVALCOHOL CIA. LTDA.	4.251.263
PEUCRO S. A.	3.913.845
DIEMPEC CIA. LTDA. DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA	4.153.987

LABORATORIOS METLENPHARMA ECUADOR S.A.	4.073.334
LABORATORIO FARMACÉUTICO WEIR S.A. LABFARMAWEIR	4.027.685
FARMACIA BRAVO LÓPEZ BRALUZ CIA. LTDA.	3.997.396
INDUSTRIAS REUNIDAS CIA. LTDA. INDUNIDAS LABORATORIOS	3.788.167
PHARMEDIC S.A.	3.784.579
DRUMEL S.A.	3.662.016
ECOSTARSA S.A.	3.556.279
METROFARMA CIA. LTDA.	2.288.970
DISTRIBUIDORA FAGI CIA. LTDA.	4.042.615
IMDIPROM FARMA S.A.	3.440.502
DISTRIBUIDORA CADENA ESPINOSA CIA. LTDA.	4.010.094
MODESTO CASAJOANA CIA. LTDA.	3.077.231
PROVEEDORA FARMACÉUTICA DEL NORTE FARMANOR CIA. LTDA.	2.901.590
COMERCIOSA S.A.	2.852.855
BASELPHARMA S.A.	2.844.058
DIS MARNA S.A.	1.827.266
DISMOPRA S.A.	2.778.009
VARELAMEDICAL S.A.	1.800.000
CORPORACION MAGMA ECUADOR S.A.	1.787.807
ESKEGROUP S.A.	2.728.964
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA COMERCIAL DIFARCO CIA. LTDA.	1.757.938
SALUPHARMA S.A.	1.746.904
VITABEAUTY INTERNATIONAL S.A.	1.741.159
REPRESENTACIONES MOLINA HERRERA M.H. CIA. LTDA.	2.606.809
COSGAR S.A.	2.585.890
LABORATORIOS PORTUGAL S.A. PORTULABSA	1.678.796
TAYMULLAH CIA. LTDA.	2.462.402
BIODENTAL CIA. LTDA.	2.446.742
UNIQUE STAR PHARM U.S. PHARM S.A.	1.574.741
PROVENCO CIA. LTDA.	1.535.552
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA MANABI S.A. DIFMA	2.295.521
MEDI CENS PLUS ALGO MAS EN MEDICINA ESPECIALIZADA POR LA VIDA CÍA. LTDA.	2.658.924
TOTAL	3.021.862.154

Fuente: EKOS Negocios 2016, SRI.

Elaboración: Autor

## Anexo 5

FARMACIAS	Ingresos 2014
SINAIFARM S.A.	6.310.797
ECONOFARM S.A.	359.394.298
FARMACIAS Y COMISARIATOS DE MEDICINAS S.A. FARCOMED	298.571.182
FARMASERVICIO S.A. FARMACÉUTICA Y SERVICIO	35.825.803
FARMACIA FARVICTORIA S.A.	25.623.771
PROVEFARMA S.A.	24.296.091
COMPAÑÍA FARMACÉUTICA VERA S.A. COFARVE	18.634.869
FARMAMIA CIA. LTDA.	18.540.305
DATEOTON CIA. LTDA.	12.788.298
FARMADESCUENTO S.A.	10.487.341
FARMACIAS SANTAMARTHA S.A.	13.096.586
FARMAVET FARMACOS VETERINARIOS CIA. LTDA.	10.287.523
NEDERAGRO S.A.	10.002.388
NATURAL VITALITY NATURVITAL S.A.	9.638.918
FARMALIADAS S.A.	6.404.802
FARMACIAS LUSANT'S (FARMALUSAN) S.A.	6.117.090
FARMACIA SUMEDICA S.A. FARMAMEDICA	4.935.069
DEPOSITO DENTAL NEO-TEC CIA. LTDA.	4.930.379
COMPAÑÍA FARMACÉUTICA MALAVE S.A. COMFARMALSA	5.136.654
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA C & Y CIA. LTDA.	4.198.217
MEGAFARMACIAS S.A.	4.078.392
COMERCIALIZADORA JALEAREAL CIA. LTDA.	3.664.740
SU FARMACIA SUFARM CIA. LTDA.	4.156.728
DISTRIBUIDORA LOJAFAR C.A.	3.502.538
TULIPANESA S.A.	3.478.925
DAILYWORK IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA CIA. LTDA.	3.145.900
CAMBARU S.A.	2.948.655
DIAGNOFARM S.A.	1.598.604
DIFARMAS S.A.	2.348.668
<b>TOTAL</b>	<b>914.143.531</b>

Fuente: EKOS Negocios 2016, SRI.

Elaboración: Autor



## Anexo 6

<b>INDUSTRIA FARMACÉUTICA</b>	<b>Ingresos 2014</b>
LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACÉUTICOS ECUATORIANOS LIFE	47.421.031
QUIFATEX S.A.	248.562.236
ACROMAX LABORATORIO QUÍMICO FARMACÉUTICO S.A.	70.537.086
NOVARTIS ECUADOR S.A.	67.336.537
LABORATORIOS SIEGFRIED S.A.	53.636.970
QUIMPAC ECUADOR S.A QUIMPACSA	43.016.274
TECNANDINA S.A. TENSA	42.964.885
CARVAGU S.A.	25.930.431
NEFROCONTROL S.A.	22.653.918
FARMAYALA PHARMACEUTICAL COMPANY S.A. (FPC)	20.444.186
BRISTOL-MYERS SQUIBB ECUADOR CIA. LTDA.	17.803.475
PROPHAR S.A.	18.521.572
CONSORCIO DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS QUIFATEX	16.335.459
INDEUREC S.A.	15.795.251
LABORATORIOS HG C.A.	15.165.242
JAMES BROWN PHARMA C. A.	14.450.702
LABORATORIO FARMACÉUTICO LAMOSAN C.L.	12.685.740
LABORATORIOS ROCNARF S.A.	12.024.197
KRONOS LABORATORIOS CIA. LTDA.	11.183.094
LABORATORIOS DR A BJARNER C.A.	10.778.520
LABORATORIOS ECUAROWE S.A.	9.829.188
QUÍMICA ARISTON ECUADOR CIA. LTDA.	10.433.935
GINSBERG ECUADOR S.A.	9.534.086
FARMACID S.A.	8.324.077
SIONPHARM CIA. LTDA.	7.928.250
HOSPIMEDIKKA CIA. LTDA.	6.629.348
GENÉRICOS AMERICANOS GENAMERICA S.A.	6.493.650
FARBIOVET S.A.	6.298.858
LABORATORIOS BI-FARMA C.A.	5.388.536
MARCO MARCHÁN DISTRIBUCIONES CIA. LTDA.	5.472.219
LABORATORIO VIDA (LABOVIDA) S.A.	3.789.607
OPERFEL S.A.	3.621.077
CHEMICAL PHARM DEL ECUADOR CIA. LTDA	3.551.281
EQUINSA EQUIPOS E INSUMOS S.A.	3.341.201
C.C. LABORATORIOS PHARMAVITAL CIA. LTDA.	2.644.380
DAN QUIMICA C.A.	1.697.073
<b>TOTAL</b>	<b>882.223.572</b>

Fuente: EKOS Negocios 2016, SRI  
Elaboración: Autor