

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Programa de Pós Graduação em Saúde na Comunidade**

Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador.

Análisis de 2008 a 2017

Fernando Xavier Maldonado Dávila

Ribeirão Preto2023

Fernando Xavier Maldonado Dávila

Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador.

Análisis de 2008 a 2017

Tesis presentada en la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de Sao Paulo para obtención de título de Doctor.

Area de Concentración: Salud Pública Orientadora: Prof. Dr. Juan Yazlle Rocha

“Versión corregida. La versión original se encuentra disponible tanto en la biblioteca de la Unidad que alberga el Programa, como en la Biblioteca Digital de Tesis y Disertaciones de la USP (BDTD)

“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)”

Ribeirão Preto

2023

Catálogo de Publicación de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la
Universidad de Sao Paulo.

Maldonado Dávila, Fernando Xavier, Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017. Ribeirão Preto,

Tese de doutorado. Apresentado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto de Universidade de Sao Paulo – FMRP – USP. Area de concentracao: Saude Pública

Orientados: Yazlle J

1. Análisis crítico definición de Salud
2. Complejo Médico Industrial
3. Política Pública

Este trabajo fue realizado con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior – Brasil (CAPES)

Este trabajo cuenta con el apoyo de la Universidad Central del Ecuador, producto de un convenio interinstitucional entre la Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade São Paulo y la Universidad Central del Ecuador

Dedicatoria

A la memoria de mi padre, Gerardo Lyonel Maldonado Arellano

Agradecimientos

Al profesor Juan Yazlle Rocha, amigo y tutor, hombre sabio, paciente, ha sabido guiarnos por las reflexiones más profundas sobre la salud pública.

A todos los profesores del programa de Salud Pública de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, en especial a los Prof. Eduardo Donadi y Edson Martínez, su visión sobre un doctorado de calidad, la posibilidad de crear lazos y la confianza incondicional con sus pupilos nos han marcado definitivamente.

Al CAPES por el apoyo al programa de Posgraduación de Salud Pública de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de Sao Paulo.

A Sergio y a Paula, con su paciencia han sabido orientarnos de forma adecuada

A la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, lindos tiempos vividos.

A Marcela, Juan Diego e Ignacio, ellos son la razón de mi vida. Su apoyo, confianza y profundo amor permitieron que este camino llegue a su fin. A Jessie, su apoyo incondicional.

A mi madre Marcia y mis hermanos Lorena y Diego, una vida llena de aprendizajes

A María Belén Mena, compañera, amiga y la mejor jefa, sus consejos y reflexiones han sido de gran utilidad en la vida.

A José Luis Vivanco, el Vivi, amigo de toda la vida y otro soñador de la medicina comunitaria.

A las personas que aceptaron las entrevistas: Edison Aguilar, Erika Arteaga, Liz Coba, David Chávez, Juan Cuvi, Ladislau Dowbor, Sonia Fleury, Juan Gervas, Ricardo

Hidalgo Ottolenghi, Miriam Lang, Emerson Elias Merhy, Patricio Moncayo, Hugo Noboa, Edison Paredes, Marcelo Placencia, Nelson Reascos, Alex Rivas, Napoleón Saltos, Natalia Sierra, gran parte de su pensamiento está plasmado en el presente trabajo.

A Virginia, Renata, Samara, Tamires, Luane, amigas lindas de Ribeirão Preto.

Sin palabras para agradecer a todos/as, hago mío el verso del gran César Vallejo

*Y en esta hora fría, en que la tierra
trasciende a polvo humano y es tan triste,
quisiera yo tocar todas las puertas,
y suplicar a no sé quién, perdón,
y hacerle pedacitos de pan fresco
aquí, en el horno de mi corazón...!*

Resumen

Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017

Autor: Fernando Xavier Maldonado Dávila

Programa de Post graduación de Doctorado en Salud Pública FMRP-USP

El presente estudio de caso describe el comportamiento del Complejo Médico Industrial en Ecuador, expresado en el crecimiento y concentración de capitales de las empresas vinculadas a Salud entre 2008 y 2017 y su relación con las políticas públicas. Parte del análisis del concepto salud, incorpora críticamente el modelo desarrollista en salud, analiza la demanda inducida por el proveedor y termina mostrando resultados económicos de las empresas vinculadas al sector salud y su impacto sobre indicadores trazadores en salud. Durante este periodo se implementaron políticas y normativas de salud que incluían gratuidad, universalidad, modelo de atención y ampliación de oferta de servicios.

Se encontró un crecimiento importante de estas empresas, así como pobres resultados en Salud. Las políticas públicas aplicadas y la normativa implementadas al parecer estuvieron relacionadas con este resultado.

Se recomienda profundizar en el método descripto para desarrollar una nueva metodología de análisis de políticas. Finalmente se plantea abrir el debate sobre decrecimiento y salud.

Palabras clave:

Desarrollo y salud, Mercantilización, Políticas de Salud, Complejo Médico Industrial, Demanda inducida, Definición de Salud.

Abstract

Study of the Industrial Medical Complex in Ecuador. Analysis from 2008 to 2017

Author: Fernando Xavier Maldonado Dávila

FMRP-USP Public Health Doctorate Post Graduation Program

This case study describes the behavior of the Medical Industrial Complex in Ecuador, expressed in the growth and concentration of capital of companies linked to Health between 2008 and 2017 and its relationship with public policies. It starts from the analysis of the concept of health, critically incorporates the developmentalist model in health, analyzes the demand induced by the provider and ends by showing economic results of the companies linked to the health sector and their impact on tracer indicators in health. During this period, health policies and regulations were implemented that included free health care, universality, a model of care and expansion of the supply of services.

A significant growth of these companies was found, as well as poor health results. The public policies applied and the regulations implemented seem to have been related to this result.

It is recommended to deepen the described method in order to develop a new methodology for policy analysis. Finally, it is proposed to open the debate on degrowth and health.

Keywords:

Development and health, Commodification, Medical Industrial Complex, Health Policy, Induced Demand, health definition

Resumo

Estudo do Complexo Médico Industrial no Equador. Análise de 2008 a 2017

Autor: Fernando Xavier Maldonado Dávila

Programa de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Pública da FMRP-USP

Este estudo de caso descreve o comportamento do Complexo Industrial Médico no Equador, expresso no crescimento e na concentração de capital das empresas ligadas à saúde entre 2008 e 2017 e sua relação com as políticas públicas. Ele começa com uma análise do conceito de saúde, incorpora criticamente o modelo desenvolvimentista em saúde, analisa a demanda induzida pelo provedor e termina mostrando os resultados econômicos das empresas ligadas ao setor de saúde e seu impacto nos indicadores de saúde. Durante esse período, foram implementadas políticas e regulamentações de saúde que incluíam assistência médica gratuita, universalidade, um modelo de atendimento e uma expansão da gama de serviços oferecidos.

Constatou-se um crescimento significativo dessas empresas, bem como resultados de saúde ruins. As políticas públicas e as regulamentações implementadas parecem ter sido relacionadas a esse resultado.

Recomenda-se que o método descrito acima seja mais explorado a fim de desenvolver uma nova metodologia para análise de políticas. Por fim, propõe-se a abertura do debate sobre decrescimento e saúde.

Palavras chave:

Desenvolvimento e saúde, Mercantilização, Política de Saúde, Complexo Médico Industrial, Demanda Induzida, Políticas de Saúde, Desenvolvimento Econômico, Definição de Saúde,

Lista de ilustraciones

Figura 1. Política de Salud Ecuador de 2008 a 2017	3
Figura 2. Diseños Básicos para Estudios de Caso.....	15
Figura 3. Establecimientos de Salud 2008 – 2017	81
Figura 4. Producción Consultas Ministerio de Salud período 2006 – 2016	82
Figura 5. Relación atenciones – auxiliares diagnósticos en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017	93
Figura 6. Patrimonio de Empresas de Seguros de Responsabilidad Civil 2008 - 2017 ..	94
Figura 7. Utilidades de Clínicas y Hospitales privados en 2008 y en 2017.....	101
Figura 8. Venta al por menor de productos farmacéuticos. Total activos 2008 - 2017 .	115
Figura 9. Ingresos en empresas de seguros de Responsabilidad civil periodo 2008 - 2017	116
Figura 10. Empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) en 2017 y en 2008	118
Figura 11. Nacidos vivos < 2500g periodo 2006 – 2016	120
Figura 12. Tendencia de Partos normales en el periodo 2006 - 2016.....	121
Figura 13. Mortalidad hospitalaria (>48h internación) durante el periodo 2006 - 2016 .	122
Figura 14. Producción de consultas por tipo de atención durante el periodo 2006 - 2016	123
Figura 15. Razón de Mortalidad materna por nivel de instrucción (rmm x 100.000 Nv) 2010 - 2017	124

Lista de Tablas

Tabla 1. Unidades de Análisis	17
Tabla 2. Lista de entrevistados.....	18
Tabla 3. Total de establecimientos de 2000 a 2017	80
Tabla 4. Escala modificada de Shekelle y colaboradores	84
Tabla 5. Medicamentos recomendados en la GPC y presencia o no en la lista oficial de la OMS y en otras GPC.....	86
Tabla 6. Servicios auxiliares de diagnóstico en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017	91
Tabla 7. Número de atenciones en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017.....	92
Tabla 8. Códigos CIU relacionados con actividades de Salud considerados en el presente estudio.....	97
Tabla 9. Actividades de Clínicas y Hospitales clasificadas en el CIU 4.0 en millones de dólares	100
Tabla 10. Resultado de 10 empresas privadas del sector de Clínicas y Hospitales de 2008 - 2017	102
Tabla 11. Actividades de Laboratorios de radiología (rayos X) y otros centros de diagnóstico por imagen en el CIU 4.0 en millones de dólares	104
Tabla 12. Acumulado de 1, 5 y 10 empresas de Diagnóstico por imagen periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total.....	104
Tabla 13. Actividades de Laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera en el CIU 4.0 en millones de dólares	105

Tabla 14. Laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total.....	106
Tabla 15. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas clasificadas en el CIIU 4.0 como C2100.01 entre 2017 y 2008 en millones de dólares	107
Tabla 16. Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total	108
Tabla 17. Ranking de las 10 empresas de fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales periodo 2008 – 2017 (CIIU 4.0 / C2100.01)	108
Tabla 18. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas clasificadas en el CIIU 4.0 como C3250.24 entre 2017 y 2008 en millones de dólares	109
Tabla 19. Fabricación de productos oftálmicos periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total. Una sola empresa.....	110
Tabla 20. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas dedicadas a la venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) entre 2017 y 2008 en millones de dólares.....	111
Tabla 21. Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total	112
Tabla 22. Ranking de las 10 empresas de Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) periodo 2008 – 2017.....	112
Tabla 23. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas dedicadas a la venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) entre 2017 y 2008 en millones de dólares	113
Tabla 24. Venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total.....	114

Tabla 25. Ranking de las 5 empresas de venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) periodo 2008 – 2017	115
Tabla 26. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) entre 2017 y 2008 en millones de dólares	117
Tabla 27. Empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total.....	118
Tabla 28. Ranking de las 10 empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) periodo 2008 – 2017	119

Lista de abreviaturas

(En orden alfabético)

AMA: American Medical Association

AAMC: Association of American Medical Colleges

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIIU: Clasificación Industrial Internacional Uniforme

CIDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos

CMI: Complejo Médico Industrial

COIP: Código Orgánico Integral Penal

DSM: *Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales*

FASBASE: Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IOM: Institute of Medicine

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía

MSP: Ministerio de Salud Pública

MODERSA: Modernización de los Servicios de Salud

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

PNUMA: Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

RPIS: Red Pública Integral de Salud

SAE: Servicio de Acreditación Ecuatoriano

SCIAS: Superintendencia de Compañías y Seguros

SERCOP: Servicio Nacional de Contratación Pública

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SRI: Servicio de Rentas Interna

UNCTAD: Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

Contenido

CONTENIDO

Dedicatoria	V
Agradecimientos	VI
Resumen	VIII
Abstract.....	IX
Resumo	X
Lista de ilustraciones	XI
Lista de Tablas.....	XII
Lista de abreviaturas	XV
Contenido	XVII
Capítulo 1: Introducción.....	1
La salud en el contexto histórico reciente.....	3
Complejo Médico Industrial	8
Capítulo 2: Definición de Objetivos y Métodos de Estudio	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	11
Propuesta Metodológica que Sustenta el Estudio.....	11
Propósito.....	12
Pregunta de Investigación	14
Tipo de Estudio de Caso	14
Unidad de Análisis	16
Materiales y Métodos.....	17
<i>Entrevistas</i>	18
<i>Análisis Documental</i>	20
Evaluación de la Calidad del Diseño de Investigación.....	23
<i>Validez</i>	23
<i>Validez del Modelo</i>	23
<i>Validez Interna</i>	24
<i>Validez Externa</i>	26
<i>Fiabilidad</i>	26
<i>Ética</i>	27

Capítulo 3: Análisis del Concepto de Salud.....	29
Concepción Cósmica del Proceso Salud – Enfermedad.....	30
<i>Medicina en la Antigüedad.....</i>	<i>31</i>
Concepción Mecanicista – Biologista del Proceso Salud – Enfermedad.	33
<i>La Edad Media.....</i>	<i>33</i>
<i>La Modernidad.....</i>	<i>33</i>
<i>El Positivismo.....</i>	<i>37</i>
<i>Definición de la Organización Mundial de la Salud.....</i>	<i>40</i>
Concepción Dialéctica.....	42
<i>Origen de la Medicina Social.....</i>	<i>43</i>
Colofón.....	45
Capítulo 4: Estado del Arte del Complejo Médico Industrial	46
Los inicios.....	47
Surgimiento del “Desarrollo”	49
Salud y Desarrollo.....	52
Origen del Complejo Médico Industrial.....	54
<i>Independencia en el Ejercicio Profesional.....</i>	<i>64</i>
<i>Influencia del sector financiero.....</i>	<i>64</i>
<i>Formación de Fuerza Laboral.....</i>	<i>65</i>
Medicalización y Bio-medicalización.....	67
Capítulo 5: Demanda Inducida por el Proveedor	73
Oferta y Demanda en Salud	76
<i>Ley de Roemer.....</i>	<i>79</i>
<i>Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.....</i>	<i>82</i>
<i>Medicina Defensiva en el Contexto Ecuatoriano.....</i>	<i>87</i>
Capítulo 6: Resultados Principales	95
Clasificación Industrial Internacional Uniforme.....	96
Consolidación de la monopolización de la salud	99
<i>Actividades de hospitales y clínicas. Q8610.....</i>	<i>99</i>
<i>Actividades de Laboratorios de radiología (rayos X) y otros centros de diagnóstico por imagen. Q8690.21</i>	<i>103</i>
<i>Actividades de laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera. Q8690.22.....</i>	<i>105</i>
<i>Fabricación de sustancias medicinales activas que se utilizan por sus propiedades farmacológicas en la fabricación de medicamentos. C2100.01</i>	<i>106</i>
<i>Fabricación de productos oftálmicos, gafas, gafas de sol, lentes de graduación, lentes de contacto, anteojos de protección. (C3250.24)</i>	<i>109</i>
<i>Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22).....</i>	<i>111</i>

<i>Venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01)</i>	113
<i>Suministros de servicios de seguros distintos de los seguros de vida. (K6512.01)</i>	116
<i>Servicios de seguro de medicina prepagada. (K6512.02)</i>	117
Resultados en Salud	120
Capítulo 7: Conclusiones	125
Desarrollo y Salud	125
Mercantilización de la salud	127
Estado a favor de las empresas	128
Definición de salud	130
Recomendaciones	132
Bibliografía	134
Anexos	148
ANEXO 1. Guía para entrevistas.	149
ANEXO2. Solicitud de información del Ministerio de Salud.	150
ANEXO 3. Respuesta Solicitud de información del Ministerio de Salud Pública.	151
ANEXO 4. Solicitud de información a la Superintendencia de Compañías.	152
ANEXO 5. Respuesta Solicitud de información de la Superintendencia de Compañías.	153
ANEXO 6. Guía para descargar el ranking empresarial	155
ANEXO 7. Guía para extraer EEFF 2007-2018.	163
ANEXO 8. Guía para obtener el directorio de compañías	172

Capítulo 1: Introducción.

En la presente investigación se busca estudiar la dinámica económica de las empresas relacionadas al sector salud en Ecuador durante el período 2008 – 2017 como un elemento fundamental en la consolidación del Complejo Médico Industrial.

En 2008 se producen importantes cambios en la estructura del Estado. El nuevo marco normativo emanado de la Constitución elaborada por la Asamblea Constituyente en Montecristi y ratificada en Referendo, daba pie para redimensionar el rol del estado y sus instituciones, fundamentalmente en las competencias de rectoría y regulación. Estos cambios fueron de tal contundencia que implicaron replantear el modelo de desarrollo por una apuesta alterna: el Buen Vivir.

El Buen Vivir o Sumak Kawsay se entiende como “un nuevo pacto social en armonía con la naturaleza” (Quirola Suárez, 2009) es un modelo alternativo al régimen de desarrollo que plantea un país solidario que acorte las brechas de inequidad pero con respeto a la naturaleza.

En lo referente a salud, los cambios más significativos fueron: gratuidad, universalidad, modelo de atención basado en Atención Primaria y ampliación de la oferta de servicios. Estos cambios se entendían enmarcados en un Sistema Nacional de Salud que integraba a los otros “subsistemas”: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS (de los trabajadores afiliados), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas ISSFA, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL y Ministerio de Salud MSP.

Estos actores conforman la Red Pública Integral de Salud RPIS que se vincula coyunturalmente con la Red Complementaria, conformada por organismos privados con

y sin fines de lucro (Ministerio de Salud Pública, 2014a) bajo mecanismos de compra de servicios sobre la base de un tarifario (Ministerio de Salud Pública, 2014b) consensuado con todos los actores.

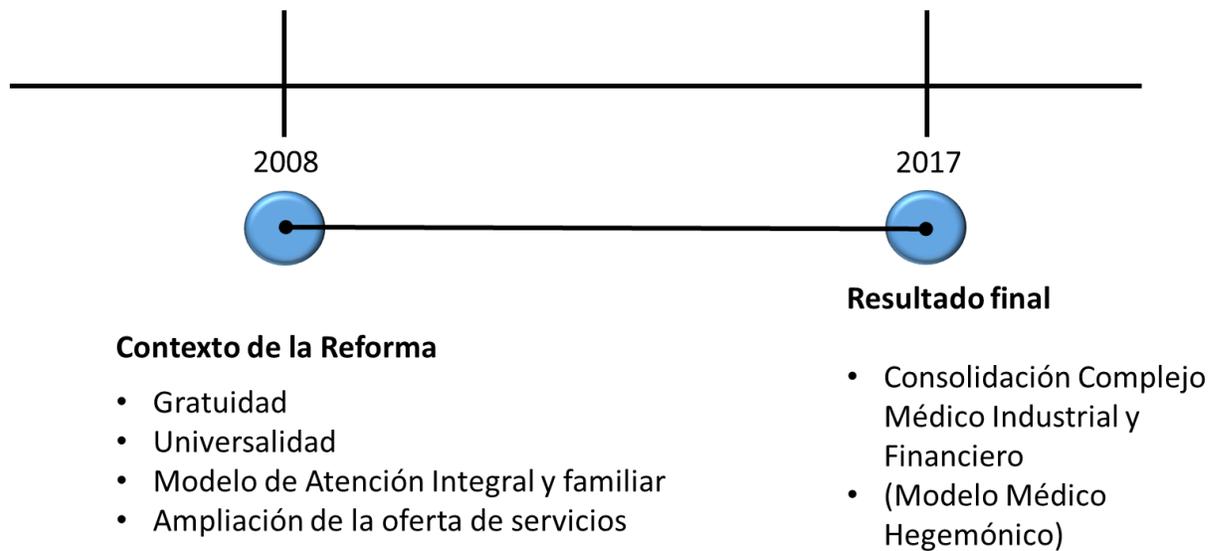
En el período estudiado, se amplió la oferta de servicios y la provisión de medicamentos, pero contrariamente a lo esperado, esta serie de cambios jugaron un papel importante en la consolidación del Complejo Médico Industrial y del Modelo Médico Hegemónico, ambos en relación directa con la concepción de la salud como mercancía.

El análisis se orientará hacia evaluar el crecimiento de las empresas que prestan servicios vinculados al sector salud como son: prestación de servicios en hospitales y clínicas; los servicios de diagnóstico por imagen y de laboratorio; fabricación y venta al por mayor y menor de medicamentos; entre otros. Todos ellos organizados según la Clasificación Industrial Internacional Uniforme CIIU.

Se analizará también la presentación de enfermedades trazadoras durante este período. Se identificará algunos elementos de política pública, como marcos normativos o documentos de cumplimiento como Guías de Práctica Clínica, ejecutados en el período de estudio.

Finalmente se intentará encontrar asociación entre esta dinámica empresarial y su fortalecimiento con las políticas ejecutadas como se puede observar en la **Figura 1**.

Figura 1. Política de Salud Ecuador de 2008 a 2017



La salud en el contexto histórico reciente

La salud pública en Ecuador empieza a tomar forma recién en la República, antes no pasaba de ser un asunto higienista de control a cargo de los cabildos. Desde allí hasta inicios del siglo XX las Juntas de Sanidad se enfocan cada vez con más fuerza al control de los puertos y de las zonas de producción de materias primas (Estrella, 1980) ya que se necesitaba apuntalar el comercio y los puertos eran el punto de ingreso más importante. Esta función era ejecutada por las direcciones de higiene y saneamiento.

Desde fines del siglo XIX la atención médica, sobre todo la hospitalaria, se encarga a las instituciones religiosas, de caridad y filantropía. Se crea la famosa Junta de Beneficencia de Guayaquil, que desde su fundación ha estado en manos de las

oligarquías más poderosas de Guayaquil y con una importante participación en la política local y nacional. (Rodas-Chaves, 2011) (Sánchez Varas, 2008)

La primera mención que se hace de forma oficial de la salud como un derecho es en la Constitución de 1945 donde aparece, de forma muy vaga, ligada a las condiciones de trabajo y entendiendo la previsión y asistencia sociales, incluida la salubridad pública, como un servicio ineludible del Estado. (Constitución Ecuador 1945, 1945)

En 1967, luego de un largo e intenso debate legislativo se crea el Ministerio de Salud Pública, con la oposición de la Junta de Beneficencia. Unos pocos años antes, a partir de las Cajas de Pensiones se conforma el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS que tendrá cobertura para los/las trabajadores y que incidía sobre jubilaciones, montepío y préstamos.

Pocos años después, en la dictadura, denominada nacionalista – desarrollista del General Guillermo Rodríguez Lara (1972 – 1976), se impulsa la construcción de una gran red de centros de salud y hospitales y se ejecutan campañas de medicina preventiva que se reflejan en una importante reducción de la mortalidad prevenible. La nueva Junta Militar presidida por el Almirante Alfredo Poveda Burbano, sienta las bases para facilitar el ingreso de capital financiero al País. (Rodas-Chaves, 2011)

El retorno a la democracia en los años 80 vino de la mano de una gran crisis económica, que, sumada a la ausencia de servicios eficientes de salud, se convirtieron en el sustento más importante de un discurso que planteaba como única alternativa la privatización de los servicios.

En la Constitución de 1998 se define la salud como un derecho, pero se garantiza la gratuidad solo para quienes lo necesiten (Constitución Política del Ecuador

1998, 1998) abriendo un camino legal y constitucional para el pago por servicios, es decir, abre la puerta para la privatización de la salud.

La década del 90 del siglo pasado marca el inicio de las políticas neoliberales que tienen impacto en Salud. Las agencias multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional dictan lineamientos de política pública para que sean acogidos por los países. Una de sus exigencias es poner límite al gasto público, sobre todo en salud.

La introducción del modelo neoliberal en Ecuador no tuvo la fuerza que en otros países de la región. Los movimientos sociales, indígenas y campesinos lograron detener la privatización del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS, así como la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos (Maldonado et al., 2017)

En 1992 se implementa el proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud – FASBASE; y en 1998 el de Modernización de los Servicios de Salud – MODERSA. Ambos financiados por el Banco Mundial con objetivos claramente orientados a la privatización de los servicios de salud, y que proponían apoyar la descentralización de los servicios de salud y modificar el marco legal y reglamentario para el sector (Dávalos Aguilar, 2016), elementos fundamentales para alcanzar este fin.

Una muestra de esto es que en los años 2000 se aprueban la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que propone una alta segmentación del sistema de salud (Ley Orgánica de Salud, 2006) (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002). Identifica más de 17 actores¹ integrantes del Sistema

¹ Art. 7.- Integrantes del Sistema. - Forman parte del Sistema Nacional de Salud las siguientes entidades que actúan en el sector de la salud, o en campos directamente relacionados con ella: 1. Ministerio de

Nacional de Salud, integrados en un Consejo Asesor el CONASA que es presidido por el/la ministro/a de salud.

Se han llevado varias propuestas legislativas a la Asamblea para reformar o derogar esta ley, pero ninguna se ha concretado. La última propuesta de Ley luego del segundo debate recibió el veto total por parte del Ejecutivo, con lo que fue archivada.

El PIB creció aproximadamente 3,1% entre 1990 – 1999 y 4,3% entre 2001 – 2007 (Dávalos Aguilar, 2016). La población aumentó de 9.697.979 en 1990 a 14.483.499 en 2010, con una tasa de crecimiento intercensal de 2,05% entre 1990 – 2000 y de 1,95% entre 2001 – 2010 (Villacís & Carrillo, 2012). Sin embargo, a pesar de este crecimiento poblacional y del PIB, el presupuesto en salud se mantuvo alrededor del 0,9% del PIB de 1990 a 2006 (Dávalos Aguilar, 2016)

Esta brecha que se iba formando entre el crecimiento sostenido de la población y el estancamiento del PIB hacia salud marcó el inicio del fortalecimiento de la medicina privada, incluido las industrias de aseguramiento privado.

Salud Pública y sus entidades adscritas. 2. Ministerios que participan en el campo de la salud. 3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL. 4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional. 5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas. 6. Junta de Beneficencia de Guayaquil. 7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA. 8. Cruz Roja Ecuatoriana. 9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales. 10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras. 11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONGs), servicios pastorales y fisco-misionales. 12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa. 13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental. 14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud. 15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud. 16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud. 17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud. Tomado de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. URL: <https://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/LEY%20ORG%C3%81NICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>

Es en esta coyuntura que los llamados “gobiernos progresistas” eclosionan en América Latina, como una esperanza en medio de una crisis de institucionalidad que había cedido espacio al neoliberalismo, hecho que en salud se tradujo en modelos de privatización.

El caso ecuatoriano es particular: el modelo promovido por la CEPAL fundamentado en la industrialización mediante sustitución de importaciones que empieza a hablarse desde los años 50 y 60 recién toma fuerza en los años 70; el modelo neoliberal de los años 90 no se implementó con fuerza como sucedió en sus vecinos más cercanos. Finalmente, el discurso progresista, contrariamente a lo que se esperaba, terminó apuntalando el capitalismo y sirvió más para fortalecer al Estado en un rol de mediador – facilitador con los grandes grupos monopólicos asociados al capital externo que en procesos de acumulación interna (Maldonado et al., 2017).

La Constitución de 2008 define al Ecuador como “un Estado constitucional de derechos y justicia [...] intercultural, plurinacional y laico [...]” y determina un modelo alternativo al *desarrollismo* el denominado “Plan Nacional para el Buen Vivir”. Coloca al ser humano y la naturaleza por encima de los intereses económicos y comerciales.

Marca un quiebre histórico porque define a la Salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado y decreta la Gratuidad y universalidad (Constitución del Ecuador, 2008).

Complejo Médico Industrial

Definir al Complejo Médico Industrial – CMI, podría resultar una tarea compleja ya que no hay un consenso sobre la misma. Las diferentes concepciones van a depender de la matriz epistemológica e ideológica que se utiliza; las perspectivas realizadas desde la economía política crítica difieren en gran medida de concepciones más liberales. Estas se analizarán más adelante en este mismo trabajo, pero si es pertinente delimitar el enfoque del presente estudio en la medida que el entendimiento del desarrollo del CMI va de la mano de la reforma sanitaria.

El crecimiento de industrias ligadas a la salud tiene casi un siglo, pero es después de la segunda guerra mundial que estas toman un giro inesperado para empezar a localizarse en el centro de la atención, desplazando incluso, a los proveedores de salud. Esto no es casual, es la consecuencia lógica del “desarrollismo” que se instauraba con una fuerza arrolladora y sin derecho a discrepancias.

El concepto de “desarrollo” tiene una fuerza y una credibilidad que ha sido la bandera de tiendas políticas de todo el espectro ideológico y gracias a este se ha sentado las bases de una medicina que depende cada vez más de dispositivos tecnológicos; una medicina que no tiene límites, que está más allá del bien y del mal; que desplaza cualquier saber que no coincida con la ciencia y la evidencia. Es decir, se ha modificado desde su concepción.

Se acepta pagar por ella lo que el mercado dictamine, se empieza a calificar al profesional en función del resultado inmediato. Se deja de creer en los procesos vitales y se apuesta por los resultados. Las subjetividades del proceso salud – enfermedad –

atención se han modificado y en esta trayectoria no hay retorno. Es decir, se ha mercantilizado.

El término Complejo Médico Industrial – CMI se viene utilizando desde los años 70, como una analogía del Complejo Militar Industrial, pero es desde 1980, que se generaliza gracias a Relman que lo define como “una extensa y creciente red de corporaciones privadas comprometidas en el negocio de la oferta de atención médica a pacientes, con una finalidad lucrativa. Asistencia que —hasta ahora— había sido proporcionada por instituciones sin fines de lucro o a través de la práctica individual.” (Relman, 1980)

En Brasil el debate sobre el concepto ha decantado en “Resaltar las múltiples y complejas interrelaciones establecidas entre los actores del sector salud, y del sector salud con los demás sectores de la economía.” (Vianna, 2002) Concepto que luego se amplió para incorporar a las redes de formación profesional, y a las industrias farmacéuticas y de equipamiento médico.

A partir de los años 90 con el fenómeno de financiarización de la economía va apareciendo también una disputa entre el capital financiero que irrumpe con fuerza y el capital Industrial que es el sustento del CMI (Iriart & Merhy, 2017)

Capítulo 2: Definición de Objetivos y Métodos de Estudio

El interés principal de este estudio es evidenciar que existen elementos de política pública ligadas o no a la salud, como acuerdos ministeriales, guías de práctica clínica o marcos normativos como el Código Orgánico Integral Penal COIP, que han contribuido a consolidar el Complejo Médico Industrial (CMI).

No se trata de una evaluación clásica de políticas públicas, tampoco se pretende producir información para la toma de decisiones, ni mucho menos analizar o comparar resultados obtenidos en los programas y proyectos del Ministerio de Salud. Con el presente estudio se busca describir la relación entre las decisiones de política pública y su resultado en ciertas variables consideradas trazadoras en salud pública.

Objetivo General

El presente estudio tiene como objetivo principal:

“Analizar los elementos de política pública que han llevado a profundizar el Complejo Médico Industrial en Ecuador, con énfasis en los cambios instaurados entre 2008 y 2017.”

Objetivos Específicos

- Analizar la definición de salud con relación a la consolidación del Complejo Médico Industrial
- Describir el Estado del Arte del Complejo Médico Industrial.
- Analizar la demanda inducida por el proveedor
- Analizar la concentración y el crecimiento del capital financiero asociado a Salud en Ecuador de 2008 a 2017.

Propuesta Metodológica que Sustenta el Estudio

El Complejo Médico Industrial es un fenómeno social intrincado que involucra múltiples actores que se interrelacionan en un proceso continuo. Por esta razón y considerando las especificidades del objeto de estudio, se ha considerado que un abordaje cualitativo sería el más adecuado.

Un tipo especial de estudio cualitativo es el denominado Estudio de Caso que se trata de "una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo, tomado en su contexto, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes, y en la que se utiliza múltiples fuentes de información" (Yin, 2009) Si bien los primeros estudios de este tipo datan del siglo XIX, es a comienzos del siglo pasado, cuando los integrantes de la Escuela de Chicago empiezan a utilizarlos (Forni, 2010)

Se recomienda realizar estos estudios cuando la pregunta de investigación gira en torno al “cómo” y al “por qué”; el investigador tiene poco control sobre los eventos; y, el foco se encuentra en un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real. (Yin, 2009)

En la presente investigación el caso a ser estudiado es el Complejo Médico Industrial, se ha definido como límite temporal el período 2008 – 2017 y se lo estudia en un contexto político de reforma del Estado que se inició con la Constitución de 2008.

La complicación que representa el estudio de los fenómenos sociales como el Complejo Médico Industrial requiere de varios métodos para su estudio, por tanto, en esta investigación se ha utilizado una combinación de herramientas cuantitativas y cualitativas.

Por estas características, el estudio de caso es el abordaje más apropiado para conocer el Complejo Médico Industrial desde la perspectiva del “cómo se encuentra” e intentar explicar “de qué manera se construyó.”

Propósito

Los métodos de investigación, de forma general, son utilizados con 3 propósitos: exploratorios, descriptivos y explicativos (Yin, 2009)

El CMI debe ser entendido y estudiado desde su complejidad. Se trata de un actor político², social y económico invisible, que representa una transformación de la salud para convertirla en un engranaje fundamental en los procesos de acumulación de capital.

El Complejo Médico Industrial nos lleva al concepto de “mercantilización” y este último decanta finalmente en la mercancía. Por tanto, el punto de partida es el análisis de la concepción de la salud como mercancía, es decir, describir como la salud, desde sus concepciones más antiguas, se ha convertido en una herramienta para consolidar la acumulación de capitales. En concordancia también se hace una vista panorámica del estado del arte del Complejo Médico Industrial.

En un segundo momento se describe los mecanismos de la política pública que permiten ampliar la oferta y demanda de los servicios de salud.

El tercer momento se dedica a investigar los elementos de consolidación del Complejo Médico Industrial aterrizados en ejemplos reales, es decir, como se ha modificado la concentración de capitales de las industrias relativas a la salud como medicamentos, prestación de servicios, insumos médicos, seguros, etc. en Ecuador.

El propósito del presente estudio, siguiendo la propuesta de Babbie es descriptivo y explicativo (Babbie & Babbie, 1999)

² Actor Político: “persona o grupo que desempeña un papel políticamente relevante, es decir, que juega un rol que afecta directamente las operaciones de alguna estructura dentro del sistema político, sin importar lo pequeño que este efecto pueda ser.” Diccionario electoral INEP. URL: <https://diccionario.inep.org/A/ACTOR-POLITICO.html>

Pregunta de Investigación

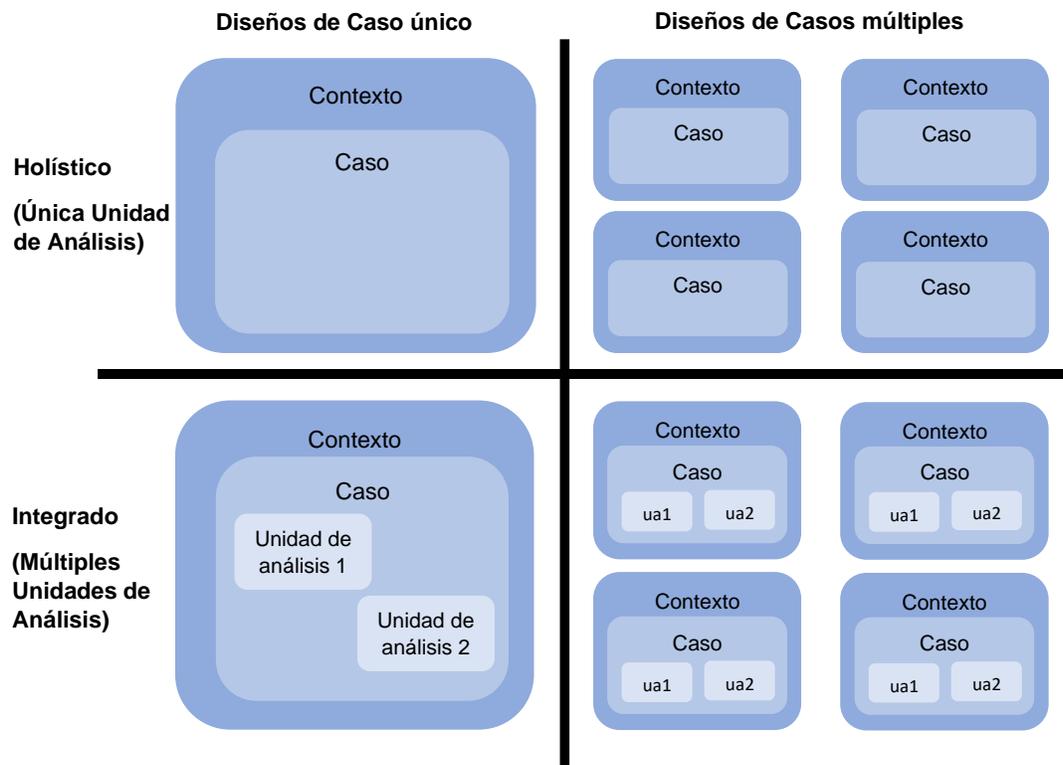
Al momento de formular la pregunta de investigación se consideró primero que no se tiene control frente al conjunto de eventos que se pretende investigar. Y segundo, que se pretende encontrar una explicación fundamentada con suficiente racionalidad teórica al fenómeno. La pregunta es:

¿De qué manera la política pública ayudó a consolidar el Complejo Médico Industrial en Ecuador de 2008 a 2017?

Tipo de Estudio de Caso

Para tener una visión más amplia del problema estudiarse es necesario analizar las condiciones del contexto en relación con el caso. Yin propone (Yin, 2009) una matriz de 2 x 2 en la que cruza 2 variables: casos únicos/múltiples con una/múltiples Unidades de Análisis. De este modo tenemos 4 tipos de diseños, 2 holísticos y 2 integrados. Los holísticos son el Tipo 1 diseño de caso único; y el Tipo 3, diseño de casos múltiples. Los integrados son el Tipo 2 diseño de caso único con múltiples Unidades de Análisis integradas; y el Tipo 4 diseño de casos múltiples con múltiples Unidades de Análisis integradas como se puede observar en la **Figura 2**.

Figura 2. Diseños Básicos para Estudios de Caso



Elaboración: Tomado de Yin (Yin, 2009)

La pregunta de investigación se centra en un caso único el “Complejo Médico Industrial” en un contexto complejo del que se desprenden al menos 2 Unidades de Análisis. Por esta razón se trata de un diseño de caso único con múltiples unidades de análisis integradas, según la clasificación propuesta por Yin es de tipo II. (Yin, 2009)

Unidad de Análisis

Las unidades de análisis son lo que examinamos para crear descripciones sumarias de qué o quién estudiar; y para explicar sus diferencias. Las Unidades de Análisis pueden ser individuos, grupos o productos sociales entendidos como cualquier hechura o resultado de los seres sociales o de su conducta. (Babbie & Babbie, 1999)

Los mecanismos utilizados para consolidar el Complejo Médico Industrial son múltiples, variados y se encuentran interrelacionados. En el presente estudio se intentará reconocerlos y para ello se plantean algunas estrategias que deben ser interpretadas de forma conjunta.

Cada unidad de análisis tiene estrategias de recolección y sistematización de información diferentes.

Para el caso de estudio, Complejo Médico Industrial en Ecuador, se plantea dos unidades de análisis que a su vez tienen varias subunidades. Ver **Tabla 1**

UA1. Mercantilización de la Salud.

UA1.1 Concepto Salud

UA1.2 Complejo Médico Industrial

UA2. Demanda inducida por el proveedor

UA2.1. Medicina defensiva

UA2.2. Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública

Tabla 1. Unidades de Análisis

Caso: Complejo Médico Industrial	
Unidad de Análisis	Subunidad
UA1. Mercantilización de la Salud.	UA1.1 Concepto Salud
	UA1.2 Complejo Médico Industrial
UA2. Demanda inducida por el proveedor	UA2.1. Medicina defensiva
	UA2.2. Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública

Elaboración propia

Materiales y Métodos.

Se plantea una triangulación metodológica utilizando varias técnicas de recolección de datos. De este modo se pretende obtener información oficial que define los elementos de política hasta las voces más críticas de los mismos. De este modo, se utilizó entrevistas semiestructuradas, análisis documentales, entre otros recursos.

Entrevistas.

Se realizó entrevistas semiestructuradas a informantes clave³ en relación con diversas concepciones de la salud, medicina defensiva, mercantilización de salud, interculturalidad. El listado completo se encuentra en la **Tabla 2**

La selección se realizó buscando participación interdisciplinaria (médicos, filósofos, sociólogos, economistas, entre otros) con inclusión intergeneracional y de género.

El guion de las entrevistas se estructuró sobre la base de preguntas abiertas con el fin de guiar la entrevista sin restringir el discurso de los participantes. (Ver anexo)

Tabla 2. Lista de entrevistados

Identificación	Sexo/ género	Edad	Profesión	Foco de la entrevista **
E.A.S.	Hombre	> 60 años	Médico/ salubrista	Concepción de la Salud
E.A.C.	Mujer	< 60 años	Médica/ salubrista	Concepción de la Salud
L.C.	Mujer	< 60 años	Socióloga	Concepción de la Salud
D.Ch.	Hombre	< 60 años	Sociólogo	Concepción de la Salud
J.C.	Hombre	> 60 años	Lcdo. En desarrollo	Concepción de la Salud
L.D.	Hombre	> 60 años	Economista	Mercantilización
S.F.	Mujer	> 60 años	Socióloga/ salubrista	Mercantilización
J.G.	Hombre	> 60 años	Médico Familiar	Concepción de la Salud

³ Los entrevistados fueron en orden alfabético: Edison Aguilar Santacruz, Erika Arteaga Cruz, Liz Coba, David Chávez, Juan Cuví, Ladislau Dowbor, Sonia Fleury, Juan Gervas, Ricardo Hidalgo Ottolenghi, Miriam Lang, Emerson Elias Merhy, Patricio Moncayo, Hugo Noboa, Edison Paredes, Marcelo Placencia, Nelson Reascos, Alex Rivas, Napoleón Saltos, Natalia Sierra

R.H.O.	Hombre	> 60 años	Médico cardiólogo	Concepción de la Salud
M.L.	Mujer	< 60 años	Máster Estudios globales	Mercantilización
E.E.M.	Hombre	> 60 años	Médico/ salubrista	Mercantilización
P.M.	Hombre	> 60 años	Administrador	Mercantilización
H.N.	Hombre	> 60 años	Médico/ salubrista	Mercantilización
E.P.	Hombre	> 60 años	Filósofo	Concepción de la Salud
M.P.	Hombre	> 60 años	Médico neurólogo	Medicina Defensiva
N.R.	Hombre	> 60 años	Filósofo	Concepción de la Salud
A.R.	Hombre	< 60 años	Antropólogo	Concepción de la Salud
N.S.	Hombre	> 60 años	Psicólogo/ Sociólogo	Mercantilización
N.S.	Mujer	< 60 años	Socióloga	Mercantilización

Elaboración: Xavier Maldonado

** Se ha colocado como “foco de la entrevista” a la idea más importante trabajada por el entrevistado, pero la guía cubría todas las demás áreas (ver anexo).

Para facilitar el curso de la entrevista, se inició con una conversación informal en la que se explicó el alcance de la investigación y se contestó todas las preguntas que surgían de la misma. Al final se abrió un espacio para recibir comentarios de parte del entrevistado en relación con el tema abordado. La duración de estas fue variada, entre treinta y ochenta minutos aproximadamente.

Las entrevistas fueron un gran aporte, en la medida en que permitieron por un lado mirar el objeto de estudio desde perspectivas diversas, y por otro, abrir nuevos caminos para continuar la investigación.

Para cada entrevista se definió un tema central y un objetivo para facilitar su interpretación y análisis.

Todas las entrevistas fueron grabadas previa la explicación del estudio y la aceptación de participar. Se recordó que la grabación puede ser suspendida en el momento que se solicite. Se protege la identidad de los participantes. Se cuenta con el archivo digital de cada una de ellas.

Análisis Documental.

La búsqueda correcta de materiales que deberían considerarse en la presente investigación cursa por dos metodologías distintas y que responden a los objetivos planteados.

Para los objetivos uno y dos que se centran en definiciones conceptuales, en contraposición de ideas y en la construcción de marcos conceptuales que nos den una base teórica y nos muestren el estado del arte del problema, se realizará una revisión bibliográfica.

Los objetivos tres y cuatro buscan producir datos para su análisis por tanto se realizará una investigación documental.

Cuando se tuvo un marco conceptual organizado se presentó frente a un grupo de docentes y estudiantes de posgrado para recibir una retroalimentación del proceso.

Revisión Bibliográfica.

El punto central de la investigación es el Complejo Médico Industrial, por tanto, se partió de su conceptualización y de una descripción actualizada de su estatuto teórico. Este proceso decanta en un análisis más complejo que liga la salud y el mercado. En esta revisión también se incluye la definición de Salud y de sus concepciones a lo largo de la historia. Finalmente, se buscó sobre los mecanismos que inducen a aumentar la demanda de servicios de salud.

El objetivo de la búsqueda giró en torno a encontrar cuales son los componentes más destacados y como se interrelacionan entre sí para que permitan construir un marco conceptual sobre los temas en cuestión.

Para las líneas de búsqueda se plantearon conceptos y términos clave para identificar con mayor facilidad la literatura relacionada con estos. Se realizó la búsqueda en grandes bases de datos como Pubmed, Lilacs y Scielo, en inglés, portugués y español. Se complementó con búsquedas manuales dirigidas a partir de listas de referencias para determinar literatura gris en repositorios de universidades y organizaciones sociales y académicas.

investigación documental.

Para obtener la información pertinente se buscó en fuentes secundarias, repositorios institucionales y páginas web de las Instituciones.

Se consideró como material válido para el análisis lo siguiente:

- Bases de datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC)
- Reportes del Banco Central del Ecuador
- Informes consolidados de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros
- Informes del Servicio de Rentas Interna (SRI)
- Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Reportes de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Acuerdos Ministeriales y Decretos Ejecutivos

La información de estadísticas vitales, de morbilidad, mortalidad y de salud en general fueron extraídas de los anuarios del INEC y del MSP. Información más específica de salud y que no se encontraba en las páginas oficiales fue obtenida directamente de autoridades, mediante solicitud a la Subsecretaría de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud (ver anexos). Las bases de datos se almacenaron en hojas electrónicas para facilitar su análisis.

La fase de recolección de información fue uno de los nudos críticos en la investigación. El Ministerio de Salud tiene la información dispersa, desactualizada e incompleta. La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, el Banco Central del Ecuador y el Servicio de Rentas Internas tienen la información muy escondida en su página web lo que dificulta mucho su acceso⁴.

⁴ Ranking empresarial, información estadística del sector societario, directorio de compañías
<https://appscvs.supercias.gob.ec/rankingCias/>
https://appscvsmovil.supercias.gob.ec/PortalInformacion/sector_societario.html

Evaluación de la Calidad del Diseño de Investigación

Para asegurar la calidad y el rigor del estudio se considera los criterios de validez y fiabilidad. (Yin, 2009)

Validez.

Es el grado en que un instrumento mide lo que realmente pretende o quiere medir. Por tanto, es el criterio para valorar si el resultado obtenido en un estudio es el adecuado. (Martínez Carazo, 2006) Para asegurar la validez se debe definir claramente cuáles son los cambios que se va a estudiar y demostrar que es posible medirlos con los instrumentos elaborados.

Validez del Modelo.

Este criterio hace referencia primero, a que se estudien todos los conceptos que deben ser analizados. Segundo, las medidas operativas utilizadas deben ser indicadores certeros del fenómeno. Finalmente, que la forma de medirlos evalúe realmente los conceptos que se pretende investigar. Para conseguir esto se utiliza varias fuentes de evidencia, que se establezca una cadena de evidencia y que los resultados provisionales sean revisados por informantes clave. (Yin, 2009)

Para asegurar la multiplicidad de fuentes de evidencia se incluyó bases de datos de la Superintendencia de Compañías, del Servicio de Rentas Internas, del Banco Central, del Ministerio de Salud Pública, Sistema de Normativas oficiales del Estado, del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Se realizó entrevistas a informantes clave y se realizó una búsqueda de materiales publicados sobre los temas a tratar.

Para la revisión previa de los resultados preliminares se ha utilizado varias técnicas. Estos han sido presentados en eventos internacionales⁵ y fueron analizados en la plenaria. Se realizó una exposición con varios docentes de la Universidad Central del Ecuador.

Validez Interna

La validez interna hace referencia al grado en que un estudio refleja la situación por analizar, por tanto, es fundamental en estudios de caso explicativos. Su importancia en este tipo de estudios radica en su característica de hacer inferencias. En el estudio de caso se puede “inferir” sobre la base de la información recolectada, que un evento resulta de otro anterior (Yin, 2009). Para garantizar que una inferencia es correcta en la presente investigación se consideraron todas las explicaciones posibles y se verificaron las fuentes para evitar trabajar con información dudosa o de mala calidad.

⁵ Segundo congreso internacional de medicina familiar: Medicina y Familia siglo XXI. Participación en la mesa redonda: Mercantilización de la Salud. 02-06-2022. <https://www.congreso.semf.ec/cronograma>

Participación en el webinar: lecciones aprendidas y retos en gobiernos alternativos en América Latina. 25-06-2022 organizado por ALAMES Colombia. Link: <https://www.youtube.com/watch?v=gvWY85Ev5fk>

En el presente estudio se trata de establecer una relación de asociación entre algunas políticas públicas tomadas en el período de estudio que pudieron conducir a resultados no esperados en la elaboración de estas.

Para asegurar la validez interna se aconsejan las siguientes tácticas:

Triangulación. Es un término derivado de la navegación, en la que se necesita de tres puntos de referencia para localizar un objeto. Haciendo una analogía para la investigación, está en relación con el uso de varias medidas que sean independientes para mejorar la confianza en la precisión de las observaciones. La triangulación puede ser de diferentes modelos teóricos, diferentes fuentes de datos, diferentes métodos de recopilación de datos y diferentes tipos de datos. (Easterby-Smith et al., 2015)

Para el caso de la mercantilización de la salud, se tuvo cuidado en seleccionar y recopilar datos provenientes de varias fuentes (SRI, SCIAS, MSP, entre otras.) y así triangular los datos. La triangulación metodológica se vio avalada por el uso de diferentes métodos de recolección de datos, entrevistas a profundidad, análisis documental, análisis de bases de datos estatales.

Construcción de explicaciones. La construcción de explicaciones radica en realizar aclaraciones detalladas y fundamentadas de los datos que se van investigando para ir construyendo un vínculo causal entre ellos. En el presente caso se realizó este proceso en cada unidad de análisis

Validez Externa

La validez externa es la capacidad que tiene un estudio para generalizar los resultados. Esto se ha considerado como el talón de Aquiles de los estudios de caso, llegando a ser una barrera importante para su realización (Bonache-Pérez, 1999). Las críticas más importantes que ha recibido giran en torno a que ofrece una base muy débil para la generalización a diferencia de otras metodologías. Esta crítica es errada ya que los estudios experimentales se realizan con una muestra de una población o de un universo concreto lo que les permite hacer una “generalización estadística”.

En los estudios de caso, el desarrollo de la teoría es parte del diseño, esto facilita la recolección de datos y permite, sobre esa base generalizar el estudio. El modo de generalización es la *generalización analítica*, en la cual una teoría desarrollada previamente es usada como una plantilla con la cual comparar los resultados empíricos del estudio de caso. El objetivo es ampliar y generalizar teorías.

Es decir se busca en casos concretos las causas generales que nos permitan pronosticar un fenómeno, es decir, en el desarrollo de una teoría que pueda ser extendida a otros casos (Giménez, 2012) teoría o de un modelo que ha permitido analizar (exitosamente) un caso concreto (Yin, 2009)

Fiabilidad

Es la característica de un estudio que permite obtener resultados similares en otros estudios, siempre y cuando siga los mismos pasos, es decir, que se aplique la

misma metodología. Para que esto sea posible es necesario describir los procedimientos de forma clara y precisa. Para reducir los errores es importante contar con un protocolo y con las bases de datos de toda la información obtenida. Se refiere a la consistencia interna de la medida; es decir, analiza si ésta se halla libre de errores aleatorios y, en consecuencia, proporciona resultados estables y consistentes. (Martínez Carazo, 2006)

Para cumplir los objetivos de esta investigación se realizó un protocolo que fue previamente discutido con el tutor y aprobado en cualificación el 25 de septiembre de 2018.

En el desarrollo de la base de datos se utilizó varias fuentes diferentes. La información sobre activos, utilidades, patrimonio, ingresos e impuesto a la renta de las empresas vinculadas al sector salud fue obtenida de los repositorios y bases de datos de la Superintendencia de compañías.

Ética

Para la realización de entrevistas, se contó con el consentimiento previo de los participantes a quienes se explicó los alcances de la investigación.

La investigación se realizó con información pública obtenidos a partir de bases de datos anónimas; no se realizó intervención en individuos, poblaciones ni en animales, por tanto, no es necesario contar con el aval de un Comité de Bioética de la Investigación.

Cuando el proyecto haya concluido, se realizará una devolución de los resultados a las personas y a las instituciones públicas y privadas que colaboraron en el desarrollo de este.

Capítulo 3: Análisis del Concepto de Salud

Partimos de la premisa que entender este concepto es muy complejo y puede resultar polémico debido a la variedad de perspectivas epistémicas que se pueden establecer en torno a él, es decir, no existe una definición universalmente aceptada, mucho menos una que cubra las expectativas de todos. Estas han ido variando desde hace más de 2500 años, en función de situaciones, económicas, políticas e ideológicas, así como de concepciones religiosas y culturales de cada tiempo. Para intentar una definición es importante conocer que transformaciones ha presentado a lo largo de la historia.

Si bien a lo largo del tiempo las concepciones han sido diversas, eso no quiere decir que son exclusivas para determinados periodos de tiempo o que el surgimiento de una implique el abandono de otra. Existe un modelo que predomina y que generalmente es respaldado por una narrativa oficial, pero casi todas las definiciones cohabitan traslapadas en el imaginario de la sociedad.

A pesar de que la salud y la enfermedad son experiencias vividas por todo ser humano, la concepción que se tiene de ellas ha ido variando a lo largo del tiempo como respuesta a condiciones históricas diversas y en contextos sociales, culturales y políticos específicos. La medicina si ha sido fundamental en la Constitución de formas de organizar la sociedad, por tanto, deberían ser consideradas, además, como un dispositivo normatizador de control ideológico, que ha servido para intereses de grupos que respaldan posturas hegemónicas. (Caponi, 1997)

Una propuesta interesante para abordar esta definición desde una perspectiva histórica y filosófica es la realizada por Edison Paredes ⁶. Plantea que la concepción de salud, fundamentalmente en el mundo occidental, ha tenido una impronta ontológica que ha permitido que, en el devenir del tiempo, sea medicalizada y luego mercantilizada⁷, llegando a ser expropiada y apropiada por la medicina, hasta convertirlas en términos intercambiables. Con fines más bien didácticos, se han agrupado en tres perspectivas: una cósmica, una fisicalista – bióloga y finalmente una dialéctica.

Concepción Cósmica del Proceso Salud – Enfermedad.

La concepción cósmica tiene dos ideas fundamentales (Paredes Buitrón, 2011). Primero la idea de finitud, el cosmos es finito y por ello tiene centro. Todas las cosas giran alrededor de este centro, tienen por tanto una relación de dependencia y jerarquía entre ellas. Lo que es normal tiene que estar centrado, vivir sin centro, actuar sin centro, implica salirse de la normalidad y por lo tanto está ligado a una concepción de enfermedad, lo que es “anormal”.

La otra idea del Cosmos es la noción del lugar natural, cada cosa tiene su lugar y tiene que estar en el lugar que le corresponde por naturaleza. Esta concepción también nos lleva a la idea de que existe un orden natural. Las cosas están dispuestas en este

⁶ Esta propuesta ha presentada en varios simposios y fue compilada en la entrevista mantenida personalmente.

⁷ Mercantilización es el proceso en que se convierte en mercancía algo que en principio no lo es, por ejemplo, la salud.

Medicalización es llevar al ámbito médico circunstancias o características que no lo son, por ejemplo, el nacimiento, la muerte, la calvicie.

cosmos estableciendo un orden natural, cuando las cosas se mueven del lugar que les corresponde por naturaleza viene el desorden, el caos y por tanto la enfermedad.

Lo normal se vuelve un hecho de obligatorio cumplimiento y observancia para llevarnos a un estado de armonía y equilibrio, es decir, a un estado de salud. El desvío de esta norma, el no cumplimiento de los deberes, la no observancia de los valores nos puede llevar a una alteración del orden y por tanto a la irrupción del caos y por ende de la enfermedad.

Medicina en la Antigüedad.

Sin duda, la medicina es una de las prácticas más antiguas de la humanidad, nace cuando hay una persona o un grupo de personas que quieren curarse de sus dolencias. En las formaciones sociales antiguas en que predominaban las visiones del mundo ligadas a la religión, al mito o a la magia, como formas preponderantes del conocimiento, la salud se construye desde una noción de armonía de los elementos, tanto materiales como espirituales. La variación o alteración de estos elementos y fuerzas por la acción de entidades sobrenaturales constituyen la enfermedad.

En la Grecia antigua, alrededor del siglo VI A.C. el desplazamiento del “mito” al “logos” marca el inicio de una racionalidad científica, con una característica especial que es la constitución de un solo principio explicativo para todo. Se establece una racionalidad absolutamente distinta: para comprender y explicar la naturaleza, la sociedad y el individuo ya no es necesario recurrir a los dioses sino a este principio.

La enfermedad aparece como un estado de desequilibrio, de malestar y de dolor. La práctica y por tanto las técnicas médicas, tanto para el cuerpo individual como para el cuerpo social, se van configurando de una manera particular.

En este espacio – tiempo nace lo que hoy entendemos como medicina. Allí fue cambiando de ser un puñado de prácticas y creencias desordenadas hasta convertirse en un hecho racional.

El representante más importante fue Hipócrates de Cos, que separó la medicina de la religión y la magia. Él y sus seguidores tenían una visión integral del cosmos que los llevaba a ver los fenómenos en su conjunto y a buscar la relación existente entre ellos. (Laín-Entralgo, 1970)

La salud en esta perspectiva cósmica está ligada a una concepción de armonía que mantiene las cosas en su lugar. El cuerpo humano está compuesto por cuatro humores: flema (agua), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra), y sangre (aire). (Doval, 2014) El equilibrio de estos es la salud y la enfermedad el desequilibrio que se presenta de forma individual, es decir, hay enfermos, no enfermedades. Curar es, por tanto, volver al equilibrio, a la armonía, a la homeostasis

Galeno más de 500 años después se encargó de expandir los conocimientos de Hipócrates por todo el Imperio. Definía la salud como el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales o la cómoda armonía de los elementos (Romero y Huesca et al., 2011).

Concepción Mecanicista – Biologista del Proceso Salud – Enfermedad.

La Edad Media

Durante casi 10 siglos, gracias a la iglesia, el sistema feudal fue el predominante. Este hecho repercutió en la concepción y el ejercicio de la medicina. La racionalidad hipocrática fue perdiendo terreno frente a una visión religiosa que interpretaba la enfermedad como un castigo divino.

No se abandona por completo la perspectiva cósmica, pero ahora los “lugares” naturales son designados por Dios.

El sufrimiento y el dolor aparecen como resultado del pecado original. La enfermedad se asume como una manifestación del orden decretado por la sabiduría de Dios en dos formas, como un justo castigo por los pecados o como una prueba purificadora establecida por la misericordia divina (Goberna Tricas, 2004)

Esto llevó a que se cultive una actitud contemplativa, de resignación y paciencia frente a la enfermedad. Los enfermos se convirtieron en “pacientes” y fueron objeto de compasión y misericordia, a excepción de los grandes pecadores, para quienes estuvo decretada la muerte o la exclusión social. (Gómez-Arias, 2018)

La Modernidad

La decadencia del sistema feudal, sumado a la acumulación económica que se derivó del descubrimiento de América, entre otros hechos, marcó el nacimiento de la burguesía.

El fortalecimiento de las Universidades y la posibilidad de estudiar propuso rupturas importantes como fueron separar la iglesia del estado, sobreponer la razón a la fe, promover leyes y situar el derecho natural sobre el derecho divino. Todos estos hechos dan nacimiento a la modernidad.

Se establece la física como campo científico proponiendo una ruptura epistemológica con respecto al cosmos. Esta ruptura posibilita la configuración del concepto de “universo infinito” como objeto de esta nueva ciencia.

Cuando los europeos llegan a América se produce un choque de civilizaciones que plantea visiones absolutamente diferentes del mundo, del cosmos, de la vida, de la religiosidad, de la alimentación, de la relación con la naturaleza y eso, en el campo de la medicina, es evidente hasta el día de hoy. Algunas cosas han experimentado una fusión tan profunda, que no vemos las diferencias. En la medicina aún el día de hoy se puede ver una contraposición entre lo que serían dos o más modelos médicos

. Cuando Galileo (1564 – 1642) plantea un universo de carácter infinito, la idea de centro es insubsistente. Y esto tiene efectos teóricos y políticos. Porque en un universo infinito, donde no hay centro, tampoco hay jerarquía ni lugares privilegiados.

Con el desarrollo de la física y luego de la biología, el cuerpo y el mundo social, son vistos como un mecanismo y como un organismo. Los fenómenos sociales y políticos vuelven a ser pensados desde una óptica de orden natural. Las sociedades y los cuerpos están sometidos a leyes naturales y por lo tanto volvemos a una perspectiva cósmica.

Este retorno al cosmos también tiene un sustento en el carácter mercantil de la modernidad capitalista, que concibe a los cuerpos, a la naturaleza, a la sociedad y específicamente al modo de ser humano desde la forma mercancía.

A pesar de que Galileo rompió la concepción cósmica por la idea de universo, se vuelve a esta idea de pensar la realidad social y la realidad humana, como regida por leyes naturales y volvemos a las concepciones antiguas cósmicas que de alguna manera se mantienen hasta hoy.

En el renacimiento uno de los temas centrales es volver a darle una valoración a la vida de la gente y a su cuerpo. Se recupera desde el arte el cuerpo y esto es fundamental porque abre la posibilidad de un rompimiento que se va a dar con la modernidad, la ciencia.

El cuerpo no solamente es recuperado como un centro del arte de la vida sino también como una preocupación desde una óptica científica. Entonces aparece la anatomía empiezan a diseccionar los cuerpos para ver cómo funciona el cuerpo humano.

El cuerpo individual y el cuerpo social son concebidos como un mecanismo compuesto por piezas y engranajes cuya composición normal posibilita su funcionamiento adecuado, un ejemplo es la famosa obra “De humani corporis fabrica” de Andrés Vesalio. El momento en que estos engranajes se desgastan o se dañan tienen que ser reparados o reemplazados para recuperar su normal funcionamiento.

En este contexto se configura la ciencia moderna que parte del rechazo de cualquier enunciado que no surja de construcciones empíricas y organizadas de forma rigurosa. La medicina va abandonando su concepción religiosa, retoma los principios hipocráticos y se empieza a generar nuevo conocimiento.

A partir de la modernidad la salud es vista como un estado del cuerpo. Pero es un estado del que no se tiene conciencia plena; la conciencia sobre el cuerpo viene cuando algo está doliendo, fallando o ligado a las enfermedades. La salud viene a ser

algo así como como un atributo del cuerpo. La enfermedad se va a concebir como un desequilibrio, un desvío de la norma que genera malestar, dolor y que afecta al ser.

La práctica médica y sus saberes constituidos como tales tienen una función reparadora a través de intervenciones técnicas y tratamientos que van a constituir la cura y como esta idea de mecanismo y esta idea de organismo se extiende hacia los ámbitos sociales, también se va a constituir una especie de cura social, de medicalización social.

Esta perspectiva de ver el cuerpo y el cuerpo social como un mecanismo va ligada a una determinación mecánica simple e implica una relación causa efecto, que da pie a la idea de los determinantes sociales de la salud.

Surgimiento de la medicina científica. Ya por el siglo XVII la expansión del capitalismo exigía contar con una fuerza laboral y de seguridad suficiente. Para ello se adoptaron básicamente dos políticas, la creación de una policía médica que se encargaría del control de mercados y de la salud de la gente. La otra fue fortalecer los hospitales de beneficencia.

El hecho de juntar a los enfermos en un mismo lugar permitió comparar sus dolencias en su propio lecho⁸. Esto condujo a entender la enfermedad como una realidad observable conformada por signos y síntomas. Lo que a su vez llevó a

⁸ Es el nacimiento del método clínico. Thomas Sydenham propuso que la medicina debía basarse en la observación minuciosa y sistemática de los enfermos en su lecho (*del griego kliné*: cama, lecho) rompiendo por completo la concepción religiosa medieval.

describir, clasificar y agrupar los síntomas y signos del paciente en síndromes y enfermedades (Gómez-Arias, 2018).

Esta nueva mirada transformó las enfermedades en categorías abstractas, con existencia propia, por fuera del paciente, lo que llevó a que la medicina deje de ver pacientes para empezar a tratar enfermedades.

Esta concepción es la predominante y sirve justamente como base para tomar ese cuerpo como fuerza de trabajo y como mercancía. El cuerpo tiene que estar en condiciones adecuadas para poder desenvolverse en los procesos productivos que demanda la modernidad, sobre todo los procesos de industrialización. Si ese cuerpo, esa fuerza de trabajo, tiene problemas, la medicina y los sistemas de salud tienen que volverle a normalidad para que siga en un proceso de reproducción, para que ese cuerpo sea efectivo en el proceso de trabajo.

El Positivismo

Desde su apareamiento, el positivismo se ha ido expandiendo y consolidando en las ciencias en general y en la medicina en particular. El rápido desarrollo de las ciencias y la tecnología hace que se valore lo objetivo, lo tangible, lo pragmático, dejando de lado lo subjetivo y los saberes colectivos y las percepciones individuales.

La enfermedad es lo que se aleja de lo normal, casi siempre definido por parámetros estadísticos, la salud, entonces, sería la ausencia de la enfermedad. Por tanto, la salud debe ser diagnosticada por el médico a partir del estudio del cuerpo y de su funcionamiento. El siguiente dilema es ¿Cómo definir lo normal? Para esto, hay que

entender que los parámetros de la normalidad se han definido históricamente desde una posición de poder, entonces es una posición de dominación.

Con esta misma lógica, las enfermedades deben ser clasificadas. El primer instrumento de clasificación fue la Lista Internacional de Causas de Muerte (Rodríguez et al., 2000) elaborado por Jacques Bertillon en 1893 y estuvo a cargo del gobierno francés hasta su quinta edición (OMS - OPS, 2003). Desde 1948 pasó a cargo de la OMS y es conocida como la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE. El número de categorías ha ido aumentando de 179 en su primera edición hasta más de 17.000 en la 11va edición.

El otro gran sistema taxonómico es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, más conocido como DSM que fue establecido en 1952 por la Asociación Americana de Psiquiatría APA por sus siglas en inglés y ha recibido duras críticas por su falta de consistencia y una fuerte tendencia hacia la patologización de los comportamientos humanos (García-Zabaleta, 2019).

Todos los diagnósticos médicos incluidos los de salud mental deben coincidir con alguna de las clasificaciones, ambas tienen orientaciones profundamente medicalizadas.

A mediados del siglo XX estos saberes se juntan y se incorporan nuevas visiones. La enfermedad se explica, por ejemplo, como una alteración de la triada ecológica compuesta por el hospedero, el agente y el medio ambiente en lo que sería un modelo más bien unicasalista. Leavell y Clark concebían a la enfermedad como un proceso secuencial al que denominaron Historia natural de la enfermedad y describen intervenciones específicas en cada estadio, prevención primaria, secundaria y terciaria. Ambas propuestas centran su visión en lo biológico.

Hay también una corriente funcionalista que considera que todas las partes que constituyen la sociedad deben funcionar de forma articulada ya que un mal funcionamiento de una de ellas amenaza la sociedad en su conjunto. La salud, por tanto, es un estado de funcionamiento normal ajustado a los estándares vigentes, el enfermo es un desviado que se aleja de los estándares sociales. Talcott Parsons es uno de los más claros exponentes de esta postura, en 1958 definía como “La salud es el estado de capacidad óptima de un individuo para la realización efectiva de sus roles y las tareas para las que ha sido socializado”.

Los hechos son interpretados como fenómenos originados en ordenamientos sociales adecuados a los que deben acoplarse las personas.

Críticas al positivismo. Frente a las propuestas positivistas, se presentan voces que la cuestionan. Leriche en 1935, citado por Canguilhem, define a la salud como “la vida en el silencio de los órganos” y la enfermedad como “aquello que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones, y sobre todo aquello que los hace sufrir” (Canguilhem, 1971) Esta definición la hace a partir de su cuestionamiento a la ausencia de síntomas en muchas patologías y a una crítica a los conceptos de normalidad.

Este estado diferente no es una ausencia de salud, es una cosa diferente, una nueva forma de organización de los procesos vitales. Por esto, la propuesta de Leriche ha sido considerada como ontológica.

Canguilhem pocos años después propone que la salud no es un concepto científico, sino filosófico. Considera que los seres vivos no son máquinas, ni se mantiene con vida por su alma, ni toda anormalidad es incompatible con la salud. Los

seres vivos existen gracias a su capacidad de cambiar e interactuar con el medio y superar las adversidades que este les impone (Canguilhem, 1998).

Su propuesta nace de la crítica a que la mayoría de los biólogos y médicos se centran en estudios fisiológicos y patológicos, pero no de salud. Se centran en enfermedades, pero no se interesan por la salud. Según este autor, la noción de salud se aplica a la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas de cada persona para superar los desafíos y retos que nos impone la vida (Canguilhem, 1998).

Considera inadecuado el concepto de normalidad construido por el positivismo. La enfermedad no es lo raro sino lo que se valora como desfavorable, confundir lo normal con lo sano lleva a desconocer la variabilidad de la existencia. La diferencia entre lo normal y lo patológico no es un hecho objetivo ni cuantitativo, ya que no hay un límite estadístico entre ellas, se trata más bien de consensos y acuerdos definidos por grupos y personas.

La salud, por tanto, no es una noción estadística, es una valoración subjetiva sobre la capacidad de sobrellevar las crisis e instaurar nuevos órdenes. La enfermedad tampoco debe asociarse a lo raro sino a lo desfavorable.

Lo sano y lo patológico pueden estar en una misma persona, se puede estar en el mismo momento, sano en algunos aspectos y enfermo en otros (Canguilhem, 1971)

Definición de la Organización Mundial de la Salud

El final de la Segunda Guerra Mundial y el nuevo orden que se plantea desde el “nacimiento del desarrollo” también tienen su correlación con la salud. En 1946 La

Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud OMS definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁹” (Organización Mundial de la Salud, 2006)

Por ser esta definición la que ha estado presente en la mayoría de las esferas académicas y normativas, incluida la ecuatoriana¹⁰, considero que es importante un breve análisis de esta.

¿Cómo se entiende el “**completo bienestar**”? Este concepto nos lleva a pensar siempre en el baremo más alto y, de ese modo, todos estaríamos enfermos. Esta definición podría ser una trampa que nos lleve a medicalizar los acontecimientos de la vida en busca de un estándar inalcanzable. El concepto de “desarrollo” asimilado en la salud.

El otro problema con lo “**completo**” es su dificultad para medirlo lo que vuelve a la definición poco operativa.

Si adoptamos esta definición, todos estaríamos enfermos, los altos, los bajos, los calvos, los tristes. Esta definición no beneficia ni a los seres humanos, ni a los sistemas de salud, ni a los ambientes. Quienes ganan son las industrias vinculadas a la salud, farmacéuticas, de diagnósticos, de alimentos, etc. Es decir, se trata de una definición que mercantiliza la Salud.

⁹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

¹⁰ Por ejemplo, es la definición que se ha adoptado en Ecuador al estar presente en el Modelo de Atención Integral

Esta definición reafirma una concepción ontológica que parte de un supuesto esencialista al concebirla como un estado. Esta tiene unas características, unos atributos que dan cuenta de esa situación esencial y que esta situación esencial va a derivar en un deber ser.

Para adquirir ese estado, tienen que ser cumplidos ciertos deberes que están ligados a determinados valores y tablas de valores que luego van derivándose en cuestiones más cuantitativas. Los exámenes de laboratorio que se hacen tienen sus valores estimados, sus registros y si se pasa de estos rangos ya estamos en problemas. Entonces esta relación entre una esencia, un deber ser, unos valores, se ligan a una cuestión de normalidad. Mientras se cumplan todos estos elementos, estos parámetros, estos valores, estamos anclados a una situación de normalidad.

Concepción Dialéctica

A diferencia de las tendencias anteriores, se cuestiona el concepto de salud como estado fijo, estático y se la plantea como un proceso: unas veces estamos sanos, otras veces estamos enfermos en un movimiento dialéctico.

Esta propuesta considera el efecto de los cambios sociales, la condición de clase, la reproducción social, la producción económica, la cultura, la política, las condiciones de pobreza, de marginalidad, el acceso a las condiciones de vida y el modo de vida en una estructura sociohistórica. Es decir, liga el proceso de salud – enfermedad con las condiciones sociales, en lugar de los determinantes sociales que habla la Organización Mundial de la Salud, se habla de una Determinación Social

(Passos Nogueira, 2014) (Breilh, 2013) (Breilh, 2011) de la Salud o de la enfermedad o del proceso salud – enfermedad.

Esta concepción dialéctica está ligada a la concepción crítica de la medicina social y sobre todo a la medicina social latinoamericana. Sus autores cuestionan las condiciones sociales en América Latina, en las políticas públicas, en las políticas de salud.

La salud tiene una contradicción que es la enfermedad y en este proceso dialéctico se construye el proceso salud – enfermedad. Esta síntesis entre salud y enfermedad va generando una nueva condición, que a su vez se convierte en tesis para otros procesos, de este modo, el proceso continúa en un movimiento indefinido.

Esta perspectiva dialéctica, sitúa a la economía en el centro del devenir histórico. De este modo, se genera una relación particular entre la medicina y la economía en la medida que le da un sentido peculiar a la idea de salud. Así el principio explicativo de todos los procesos ligados a la salud y enfermedad estarían ubicados en estas determinaciones sociales, económicas y con mayor énfasis en las relaciones o situaciones que generan pobreza.

Origen de la Medicina Social

Desde mediados del siglo XIX se presenta un quiebre en las concepciones clásicas y mecanicistas con Rudolf Virchow, que proponía que “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en una escala más amplia”. Su amplio legado tuvo un impacto importante en el pensamiento latinoamericano desde

inicios del siglo XX como puede verse en los textos de Allende, por ejemplo (Waitzkin, 2006). Pero es recién en la década de los 70 del siglo pasado que los movimientos sociales vinculados a la salud empiezan a tener más visibilidad.

En 1972, en la ciudad de Cuenca, Ecuador, bajo el liderazgo de J. C. García, Miguel Márquez y María Isabel Rodríguez se forma el primer núcleo latinoamericano por la transformación de la educación médica, con críticas fuertes a la visión higienista de la medicina. Una década después, se repite el encuentro en Cuenca y poco después, “en Ouro Preto, Brasil, con la presencia de Saul Franco, Asa Cristina Laurell, Hesio Cordeiro, Jaime Breilh, Sergio Arouca, Everardo Nunes, Mario Testa y Susana Belmartino se funda la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES”. (Campaña, 2018)

La propuesta de Breilh de cuestionar la epidemiología clásica, cada vez más alejada de las estructuras sociales y cercana a la precisión de modelos estadísticos complejos, que inicia con su tesis de maestría, termina en convertirlo en un referente Latinoamericano de la Epidemiología crítica, con una propuesta integral y ampliamente sustentada.

En 1986, en el marco de la VIII Conferencia Nacional de Salud, presidida por el profesor Antonio Sérgio da Silva Arouca, se define la Salud como “el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a servicios de salud. Siendo así, es precisamente el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida” (Arouca, 1986)

Con esta definición integra los determinantes de la salud, es decir trasciende a la visión asistencial y mercantilizada de la salud. Va más allá cuando complementa con esta definición “La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en un momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en su lucha cotidiana.” (Arouca, 1986) De este modo amplía su mirada hacia la determinación social de la Salud.

Colofón

Estas son, en términos generales, los postulados que van ligados a una concepción ontológica, ya sea cósmica, mecanicista o dialéctica y que configuran la idea de salud de una manera particular y que son tendencias que están presentes e incluso predominantes en el momento actual.

Suponen que por acción de la medicina o del médico, cualquier pérdida del “estado de salud” o de equilibrio cósmico pueda ser devuelta y cuando estos se pierden viene la enfermedad. Entonces la cura sería una vuelta al estado anterior que se supone era de salud, pero eso no es posible.

Capítulo 4: Estado del Arte del Complejo Médico Industrial

La transformación en la forma de percibir la salud y de ejercer la medicina a lo largo de la historia, pero sobre todo en los últimos 70 años, fue descubriendo nuevos actores y generando complejas dinámicas de relacionamiento entre ellos. La salud se percibe como un gran negocio y se empieza a tejer relaciones entre la industria farmacéutica, de tecnologías, empresas de prestación de servicios médicos, y aseguradoras, entre otras.

Para sostener este complejo mecanismo de articulación que se va consolidando como un gran emporio financiero, va a ser necesario ampliar sustancialmente el consumo de bienes y servicios vinculados a la salud y para lograrlo es necesario también extender sus fronteras hacia la política sanitaria, la academia y, por supuesto, hacia los pacientes.

El lobby que se ha desarrollado en las esferas de los gobiernos pone en riesgo la estructura democrática sobre la que se asienta nuestra sociedad al trasladar las decisiones sanitarias al campo político para favorecer a los grandes capitales vinculados a la salud, muchas veces en detrimento de la salud de la población.

En la primera parte se hace una revisión histórica del Complejo Médico Industrial tomando como antecedentes, el surgimiento del “desarrollo” y del Complejo Militar Industrial. El primero define los nuevos derroteros sobre los que caminará la medicina y el segundo, por su gran similitud social y política, servirá de matriz de análisis.

La segunda parte muestra lecturas diferentes del mismo proceso y las aterriza en tres ejes fundamentales sobre los que se apalanca el CMI, el ejercicio profesional, la influencia del sector financiero y la formación de la fuerza laboral en salud.

Finalmente se hace una revisión sobre la medicalización y la bio-medicalización en el marco de su contribución a la consolidación del CMI.

Los inicios

La medicina, desde finales del siglo XIX, estaba basada principalmente en un modelo del médico que ejercía su profesión de forma individual, en un consultorio privado y visitando familias que pudiesen pagar sus honorarios. No realizaban intervenciones quirúrgicas, ni prescribían fármacos, esa tarea estaba relegada a barberos y boticarios (ASCOFAME. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2008)

Este modelo se fue agotando en la medida en que el paradigma positivista se iba fortaleciendo, dando paso a lo que sería una “medicina moderna”. Estos cambios se hacen evidentes en varias esferas como son la formación de talento humano, la práctica cotidiana y la concepción que se tenía de la enfermedad y como debía ser enfrentada.

En relación con el ejercicio médico, se va dando cada vez más importancia a nuevos auxiliares diagnósticos y terapéuticos como son los laboratorios clínicos, a las salas de cirugía y a los rayos X con la consiguiente modificación de los hospitales y el aumento de médicos y diversificación de funciones.

Esta concepción más “científica – moderna” se fue construyendo sobre la base de un pensamiento que entendía a la enfermedad desde una comprensión biológica, unicausal y con una fuerte base físico – química, lo que permitió la consolidación de la naciente industria farmacéutica.

La forma de enseñar en medicina sufrió un cambio fundamental a partir del informe Flexner en 1910. Por pedido y con financiamiento de la fundación Rockefeller, se llevó a cabo una investigación sobre la formación de los médicos y el estado de la práctica de la medicina en Estados Unidos y Canadá, con el objetivo de proponer cambios en estos ámbitos.

El informe critica fuertemente las formas “no científicas” de enseñar medicina. Se plantea que la relación entre hospitales y escuelas de medicina debe modificarse para que se integren mejor y conseguir que la investigación y el uso de laboratorios sean una parte medular en la formación, es decir, se da mucho más énfasis a lo biológico. Otro cambio importante propuesto es la división por especialidades en contraposición a una medicina integral; pero uno de los cambios más importantes es la promoción del uso de fármacos como tratamientos de base.

El informe fue adoptado por la American Medical Association – AMA y los Association of American Medical Colleges – AAMC que propusieron modificaciones radicales en la enseñanza y en la práctica médica, por ejemplo, se cerraron muchas escuelas de medicina y se redujo el número de estudiantes de medicina. (Stahnisch & Verhoef, 2012)

Más allá de los elogios recibidos, el informe también ha sido criticado duramente desde varios sectores y por múltiples causas, entre ellas la falta de independencia ya que, uno de sus negocios más lucrativo y en gran expansión de Rockefeller era el petróleo (era propietario de más del 90% de las refinerías) en un momento en que eclosionaba la industria química derivada, incluida la industria farmacéutica.

El fin de la Segunda Guerra Mundial marcó el inicio de un nuevo modelo de relacionamiento Norte-Sur, cambiando las viejas relaciones coloniales por un mundo

bipolar, en el que las potencias se enfrentaron en lo político, ideológico, tecnológico y académico.

Pero sin duda, el parteaguas más importante lo marcó Harry S. Truman en su discurso de investidura como presidente de los Estados Unidos el 20 de enero de 1949. Ese día, de un plumazo, apareció el “desarrollo” como un dispositivo de poder que definiría los derroteros planetarios en todas las áreas.

Surgimiento del “Desarrollo”

El desarrollo es un concepto polisémico, de gran aplicación en las ciencias biológicas y muestra el ciclo esperado de los seres vivos, es, por tanto, un proceso natural. Esta palabra, sin embargo, ha sido utilizada en sectores vinculados a las ciencias sociales como sinónimo de crecimiento lineal e ilimitado prometiéndonos desde su nacimiento, hace más de 70 años, que gracias a Él podríamos tener una vida semejante al mundo desarrollado del norte global. Deja de ser un proceso para convertirse en un fin en sí mismo.

El concepto de desarrollo irrumpió en el planeta para redefinir las relaciones entre lo que se denominaría el centro y la periferia. Si bien ya había menciones sobre el desarrollo, su concepto se va consolidando en la medida en que se delimita la nueva estructura de relaciones que luego de la Segunda Guerra Mundial quedarían entre el Norte y el Sur.

Simbólicamente tiene su partida de nacimiento con el histórico discurso del presidente de Estados Unidos, Harry Truman el 20 de enero de 1949 donde los países

del sur “subdesarrollados” debían seguir los mismos pasos que las naciones industrializadas (Gudynas, 2011)

El desarrollo implica una concepción de movimiento de menos a más y se aplica principalmente a la producción y generación de riqueza, reduciendo de este modo todas las circunstancias al ámbito económico.

Este modelo de desarrollo promueve una cultura e ideología única, hegemónica, jerarquizada y antropocéntrica. Presenta el modo de vida de los países industrializados como el ideal al que la humanidad debería aspirar, con patrones de acumulación y consumo ilimitados y esto se consigue incorporando territorios nuevos a estos circuitos de acumulación de capital, ampliar los consumidores, romper lógicas colectivas o comunitarias para favorecer la propiedad privada y transformar los bienes naturales en commodities. (Lang, 2016)

Es necesario también incrementar actividades extractivas, más allá del impacto sobre la naturaleza o los pueblos originarios. Abandonar prácticas y saberes ancestrales, como en la medicina, en la justicia indígena o en los mecanismos de intercambio de bienes. Es mandatorio tener una población homogénea con la capacidad de consumir y producir en una lógica casi delirante, que pone en riesgo la vida en nuestro planeta (Lander, 2013)

El desarrollo también ha transitado su camino propio, en un primer momento se consideraba de forma separada los asuntos económicos y sociales del desarrollo para luego integrarlos, lo que se plasmó en una resolución de Naciones Unidas en octubre de 1970 que así lo requería para la formulación de sus políticas y programas. Más adelante, en un nuevo giro, el desarrollo se focalizó en temas puntuales como el

ambiente, el hábitat, la mujer o el hambre, dando lugar al nacimiento de programas específicos en las agencias de la cooperación internacional.

En octubre de 1974 en el marco del simposio organizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente – PNUMA y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo – UNCTAD, en Cocoyoc, México, se redefinió los objetivos del desarrollo, poniendo énfasis en que lo importante es el desarrollo del hombre, llegando a proponer que “Cualquier proceso de crecimiento que no lleve a la plena satisfacción de estas necesidades, o peor aún, que obstruya cualquiera de ellas, es en realidad una parodia de la idea del desarrollo” (CEPAL, 1974)

En los años 80 empezaron las políticas de ajuste macrofiscal, se suscribe la primera carta de intención con el FMI que recomienda recortes al sector social, lo que se tradujo en abandonar la mayoría de los logros sociales ganados, por lo que se conoce a este momento histórico como la década perdida.

En los años 90 para enfrentar la crisis global, se plantea una estrategia económica para dinamizar las industrias, se exige que se desarrolle nuevamente lo que estaba ya obsoleto, convirtiendo al sur global en una gran maquila y en un basurero tecnológico del norte. A partir de allí, el desarrollo se ha limpiado la cara con los adjetivos de “desarrollo sustentable” o “desarrollo verde”, con el fin de sostener el “desarrollo” antes que buscar una vida digna y diversa para todos. (Esteva, 1996)

Aunque el desarrollo no tiene contenido en sí mismo, posee una función: permite que cualquier intervención sea santificada en nombre de un objetivo superior. El término traspasa el terreno sobre el cual libran sus batallas las grandes potencias, las élites y los movimientos de base. Oponerse al desarrollo no es políticamente correcto y es muy mal visto desde la izquierda o desde la derecha.

A pesar de las críticas recibidas, desde la academia y de los movimientos sociales, esta idea del desarrollo se ha convertido en un concepto hegemónico con la capacidad de movilizar las agendas políticas y técnicas de los gobiernos, independientemente de la tendencia ideológica que los defina.

Salud y Desarrollo

Esta forma de entender el desarrollo se convierte en el andamiaje sobre el cual se viene construyendo una nueva concepción de la salud. Desde entonces, se reconfigura con fuerza sobre la idea que la mejor medicina dependerá de la aplicación de un mayor desarrollo científico y que la solución de los grandes problemas de salud, se encuentra en la aplicación de técnicas y tecnologías cada vez más sofisticadas. La salud se ha reducido a atención médica.

El sistema de salud también se va adaptando a los impactos de esta vorágine desarrollista. Por un lado, se encuentra una modificación del patrón epidemiológico que muestra que patologías como la obesidad, la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las afecciones respiratorias, la emergencia y reemergencia de patologías tropicales y las infecciones pandémicas tienen mayor impacto en la morbi-mortalidad.

Este cambio guarda relación con modos de vida sedentarios, patrones de alimentación cada vez más dependientes de alimentos ultraprocesados, el calentamiento global, la deforestación, la contaminación, el uso de antibióticos como potenciadores de crecimiento, los sistemas de producción animal a gran escala y el crecimiento desmedido de las ciudades, todo esto derivado del modelo de desarrollo.

Por otro lado, se ve un aumento en la tendencia hacia medicalizar la vida y sus circunstancias. Conceptos como riesgo, seguridad o bienestar son maximizados para conseguir que hechos cotidianos como el nacer y el morir, se conviertan en patologías y, por lo tanto, requieran una intervención médica y en la mayoría de los casos, farmacológica. Se ha desarrollado y posicionado una idea absurda de postergar la muerte al precio que sea, lo que ha terminado en convertir al ser humano en una extensión de complicadas máquinas y tecnologías farmacológicas en las que, la calidad de vida o la dignidad poco importan.

Esta distorsión de la concepción de salud y del modo de enfrentar la enfermedad, que deja de lado las determinaciones sociales y culturales que la están provocando; que minimiza los saberes diversos tachándolos de pre-científicos o pseudociencias para favorecer un solo saber hegemónico; que culpabiliza a quien, cansado de sentirse un objeto opta por otras formas de cura y reparación, finalmente termina mercantilizándolo la salud y la vida, incluso la muerte está mercantilizada.

El nacimiento del desarrollo marcó también un crecimiento en las industrias ligadas a la salud, fundamentalmente la de medicamentos y la de equipamiento médico. Esto a su vez condiciona el apareamiento de nuevas especialidades y por tanto de nuevos consumidores, lo que llevó a un nuevo patrón de acumulación del capital que se condiciona al desarrollo tecnológico.

La medicina, a partir de ese momento sólo podrá practicarse con equipos muy costosos y con protocolos clínicos y de laboratorios muy especializados (Vianna, 2002). Es un viaje sin retorno, la salud se consolida como mercancía que puede ser vendida o comprada y a costos cada vez más altos. El Complejo Médico Industrial se convierte en

una bisagra que estimula el crecimiento de la oferta y responde a la presión de la demanda, disparando los gastos en salud.

El desarrollo de la medicina científica moderna, la consolidación del capitalismo industrial y la idea del “desarrollo” como derrotero de los pueblos, son los puntales para la configuración del Complejo Médico Industrial. De este modo, inicia una transformación en la forma de practicar a medicina, un viaje sin retorno que modificó desde los lugares de la atención hasta las formas de enseñanza, pero fundamentalmente cambió la forma de entender y asimilar la salud y la enfermedad.

Origen del Complejo Médico Industrial

El 17 de enero de 1961, en su discurso¹¹ de despedida el presidente de Estados Unidos Dwight Eisenhower alertó a los estadounidenses de la cada vez más fuerte influencia del “Complejo Industrial Militar” en el manejo de la política pública.

Este concepto integraba los intereses económicos de las industrias ligadas a la producción de armas y las políticas militaristas e imperialistas de los EE. UU.

Actualmente se ha ampliado incluso a mecanismos de tercerización de la guerra con ejércitos privados, con un presupuesto que alcanza el billón de dólares¹².

¹¹ “Ahora bien, esta conjunción de un inmenso establecimiento militar y una gran industria de armas es nueva en la experiencia estadounidense. La influencia total - económica, política, incluso espiritual - se siente en cada ciudad, cada Capitolio, cada oficina del gobierno federal [...] En los consejos de gobierno, debemos protegernos contra la adquisición de una influencia injustificada, ya sea buscada o no, por el complejo militar-industrial.” Dwight D. Eisenhower en su discurso de despedida a la nación, 17 de enero de 1961

Tomado de: <https://es.alphahistory.com/guerra-Fr%C3%ADa/dwight-eisenhowers-discurso-de-despedida-1961/>

¹² El presupuesto del billón de dólares para la defensa ya está aquí. Robert Higgs 15/3/2007

Para Tremblay, el Complejo Industrial Militar se sostiene en 5 pilares: el sistema militar estadounidense, los contratistas de la defensa privada, el sistema político, los “think tanks” del sistema, y el establishment de la “propaganda” (Tremblay, 2006)

El escenario de la guerra fría fue el más adecuado para hacer que el negocio de las armas prospere, pero luego de las más de cuatro décadas que duró, era necesario buscar nuevas alternativas para sostener un negocio que dinamiza de forma contundente la economía de los EE. UU. Era necesario tener muchas guerras para vender más armas, cambiar aquellas obsoletas por otras cada vez más letales.

Fue necesario generar temor y hacer que los ciudadanos estemos de acuerdo en perder nuestras libertades a cambio de neutralizar a los enemigos. Era necesario unir los intereses de la industria con políticos, militares y medios de propaganda que sostengan este discurso. Se vio claramente esa puerta giratoria entre el sistema militar, sus grandes contratistas y los funcionarios de gobierno. (Tremblay, 2006)

Varios años después, tomando como modelo el Complejo Industrial Militar, se empieza a hablar de la existencia de un “Complejo Médico Industrial” «CMI» formado por la industria farmacéutica y de tecnología médica, instituciones prestadoras de servicios sanitarios y profesionales vinculados a la atención médica, para beneficiar la formación y consolidación de capitales vinculados a la salud.

Si traslapamos los postulados propuestos por Tremblay encontraremos una gran similitud conceptual y de prácticas entre ambos complejos industriales: el militar y el médico. (Tremblay, 2006)

El concepto de complejo, en su parte medular, representa la idea de autonomía de un bloque de sectores. Un complejo industrial expresa los vínculos entre industrias, expresados en los flujos de bienes y servicios, que son más fuertes que los vínculos con otros sectores de la economía, a decir de Vianna:

En el caso del complejo de salud, es necesario entender que la dinámica y la evolución de los sistemas de salud dependen de dos racionalidades, una interna y otra externa al sistema. La interna es definida por la existencia de un patrón de acumulación de capital a partir de dos lógicas distintas, una pública y otra privada. La externa comprende el conjunto de demandas sobre el sistema de salud que influyen el modus operandi del sistema y de sus agentes.

(Vianna, 2002)

Uno de los primeros teóricos de este debate fue Sander Kelman que en 1971 propone un análisis para ilustrar como la dinámica del sistema económico se manifiesta en la atención médica. En este, se muestra como el desarrollo del capitalismo ha permeado el sector de la salud hasta moldear los sistemas de salud en el siglo XX. La introducción de la tecnología a mayor escala llevó a que la base industrial y financiera se expandan dando paso a una creciente concentración tanto horizontal como vertical.

(Kelman, 1971)

Lynn Carmichael a fines de los años setenta del siglo pasado ya se oponía al sistema corporativo¹³. Su propuesta se orienta hacia la necesidad de contar con un

¹³ Con sistema corporativo o corporaciones médicas, se hace alusión a la conformación corporativa de organizaciones relacionadas con el campo de la salud. En otros términos, se hace referencia al CMI

sistema federal de salud bajo el cual las decisiones fueran tomadas desde la base organizada en grupos de interés (Carmichael, 1977)

Para Waitzkin la clave es el apareamiento y consolidación de un monopolio capitalista en el sector salud ligado a la explotación de la enfermedad para generar mayor rentabilidad privada a través de las industrias relacionadas como la farmacéutica y la de prestación de servicios sin controles por parte del Estado. De este modo se va configurando una situación en que grandes mayorías de la población de bajos recursos tienen dificultad para acceder a servicios de salud. (Waitzkin, 1978)

Hésio Cordeiro amplía este concepto al proponer que el Complejo Médico Industrial es una subordinación de las prácticas médicas al capital que se manifiesta en el surgimiento de empresas médicas articuladas al sector financiero. (Cordeiro, 1984)

En su artículo ofrece una serie de instrumentos conceptuales para facilitar la comprensión de la transformación del ejercicio médico. Entre estos, vale recalcar algunos: 1) la transformación capitalista de la práctica médica supone un conjunto articulado, no solamente de prácticas ideológicas, sino también de prácticas económicas. 2) Se desarrolla en el marco de la generalización del trabajo asalariado y de la obtención de la ganancia, fundamentalmente, como derivado de la baja remuneración de los asalariados de la salud, el aumento de la productividad de la fuerza de trabajo y la realización de la plusvalía generada con el consumo de servicios, equipos médicos y medicamentos. 3) La tecnología tiene un carácter decisivo, por un lado “la propia incorporación de una tecnología médica avanzada implica la reestructuración de la medicina como práctica social” (Cordeiro, 1984) además transformó la correlación de actores y de funciones: “La utilización de la tecnología disponible ya no dependería solamente de la decisión del médico, sino de un conjunto

de procedimientos dirigidos a garantizar un máximo de rendimiento de los equipos instalados” (p. 298)

Para concluir indica a “la constitución y el desarrollo de las empresas médicas, como aspecto más característico de la subordinación de la práctica médica al capital” (p. 305) y su articulación con el capital financiero como un aspecto particular del “desarrollo del complejo médico empresarial y estatal” (p. 306) En este sentido, la consecuencia más compleja sería la subordinación de los intereses de la salud pública de la población y de la autonomía de los profesionales de la salud a la rentabilidad del capital.

De forma paralela entra al debate una perspectiva distinta que plantea una relación más equilibrada y organizada entre la salud y los grandes capitales asociados a esta. Se plantea que estos no se contraponen y que se debería trabajar en armonizar esta relación.

Este debate toma fuerza con la publicación de Arnold Relman¹⁴ “The new medical-industrial complex” en *The New England Journal of Medicine*. En este, propone su existencia en los siguientes términos: “el nuevo complejo médico-industrial es una extensa y creciente red de corporaciones privadas comprometidas en el negocio de la oferta de atención médica a pacientes, con una finalidad lucrativa. Asistencia que — hasta ahora— había sido proporcionada por instituciones sin fines de lucro o través de la práctica individual” (Relman, 1980)

¹⁴ Arnold Relman fue editor en *The New England Journal of Medicine* entre 1977 y 1991. Fue profesor emérito de Medicina y Medicina Social en *Harvard Medical School*, también fue presidente de la *American Federation for Clinical Research*, de la *American Society for Clinical Investigation* y la *Association of American Physicians*. Esto es importante ya que su posición está fuertemente marcada por los efectos que el CMI tiene en la profesión médica y en los cambios en el estatus social de los médicos.

La mayor relevancia de este “fenómeno sin precedentes” según Relman es que este nuevo CMI es de naturaleza corporativa y con capacidad de incidencia en la política nacional de salud en favor, precisamente, del lucro de las corporaciones que empezaron a ser predominantes en el sistema. Muestra un aumento notorio en el número de hospitales, con un desplazamiento de la propiedad individual de los médicos al control corporativo de los centros de atención, con o sin fines de lucro.

En su propuesta llama la atención sobre el rápido crecimiento de una red corporativa que puede incidir en las políticas de salud con el propósito de impulsar las dinámicas de lucro. Pero su preocupación no se encuentra en cuestionar el modo de producción capitalista, de hecho, defiende la necesidad de que en una sociedad capitalista los medicamentos y equipos médicos sean producidos por el sector privado.

Para el autor, el problema aparece cuando la salud empieza a ser tratada como cualquier mercancía sin considerar que esta es un derecho y que los pacientes no son consumidores en el sentido más usual del término. La ley de oferta y demanda se desvirtúa porque cuando alguien está enfermo o puede llegar a estarlo, lo que le importa es el servicio que requiere y no el precio que debe pagar para adquirirlo.

Además, los integrantes de esta transacción no cuentan con la misma información, de hecho, la desigualdad de la información entre el médico y el paciente es tal, que estos últimos son casi completamente dependientes de los primeros. (Relman, 1980)

Relman no rechaza el carácter mercantil de la salud. Por el contrario, para este médico, la salud es una mercancía, pero esta debería ser manejada exclusivamente por los profesionales de la medicina y no por agentes externos (Relman, 1980). Además lo encuentra como un hecho positivo ya que, dado el carácter competitivo del mercado, el

sector privado puede hacer más eficaz el control de los costos unitarios y contribuir a la calidad de los productos (Relman, 1980)

En resumen, para Relman el problema no es la participación del sector privado ni la búsqueda de lucro en la atención médica sino el monopolio corporativo y la subordinación a los intereses empresariales

James Morone¹⁵ en 1985 escribe un artículo en el que desde el principio plantea que “Un hecho esencial es claro: el capitalismo corporativo ha descubierto la medicina y rápidamente obtuvo enormes ganancias al proporcionarla.” (Morone et al., 1985)

La idea central es que la dinámica del CMI profundiza la dificultad de afirmar la salud como un derecho en Estados Unidos, pues al tiempo que un hospital es considerado una fuente de lucro, un negocio, sus actividades serán calificadas como servicios o bienes y no como derechos. (Morone et al., 1985)

Según Celia Iriart, el cambio parte del creciente predominio del capital financiero en la economía global. Las políticas de ajuste impuestas como requerimiento del Fondo Monetario Internacional exigieron a los Estados una serie de reformas en materia de gasto social con lo que se fueron creando nuevos mercados para invertir, entre ellos la salud “La salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir” (Iriart et al., 2000)

¹⁵ James Morone, profesor de Ciencia Política y Estudios Urbanos en Brown University, quien entre 1989 y 1994 fue editor de *Journal of Health Politics, Policy and Law* y entre 1995 y 2002, presidente de la junta de editores de la misma revista

De este modo va tomando fuerza un nuevo actor, el administrador financiero de las empresas a quien el Estado paga por atenciones realizadas, descuidando así el resto de las prestaciones en salud.

Para Cid Manso de Mello Vianna

Complejo Médico Industrial es un producto histórico particular de la evolución del sistema de salud; es un estadio en que, debido a la necesidad de reproducción de los capitales invertidos, las prácticas capitalistas privadas se convierten en hegemónicas y determinantes de las funciones, papeles y relaciones de cada actor al interior del propio sistema (Vianna, 2002)

El autor muestra la tensión entre los agentes que luchan por la hegemonía en el sector: la tecnología del capital industrial, contra la valorización del capital financiero. En un recuento del concepto de CMI muestra una transición que va del análisis de las relaciones del Estado con el complejo médico empresarial hasta una concepción más amplia que contempla “las diferentes articulaciones entre asistencia médica, redes de formación profesional, la industria farmacéutica y la industria productora de equipos médicos y de instrumentos de diagnóstico” (Vianna, 2002)

Siliansky de Andreazzi & Machado Kornis muestran la transformación de las prácticas médicas como resultado de la presencia de los patrones de acumulación de capital en el sistema de salud. Identifican que el Complejo Médico Industrial fomenta los procesos de acumulación y de rentabilidad del capital mediante fusiones y compra de empresas para aumentar el portafolio de servicios, alcanzar más clientes y ahorrar gastos de mercadeo.

La inversión en salud, bajo esta premisa, se orienta a garantizar la rentabilidad de los capitales más que a mejorar la salud de la población, utilizando mecanismos que

favorezcan la creación de necesidades sociales de consumo y su influencia sobre la práctica médica. Finalmente, en este cuadro la regulación del sector salud se vuelve compleja al envolver esa pluralidad de agentes, relacionando al mismo tiempo la política industrial, financiera y de servicios personales (Andreazzi & Kornis, 2008)

Celia Iriart más adelante muestra que, en los años 90 del siglo pasado, como un efecto de las políticas de ajuste y reducción de gasto, el capital financiero empieza a ser hegemónico en el sector salud, lo que le coloca en oposición con los intereses industriales. Estos, para no perder el control que han ostentado por años, responden con varias estrategias de mercado¹⁶ dirigidas a mejorar el consumo. (Iriart, 2008)

Plantea que el ingreso del capital financiero a salud se da por medio de compras y administración de empresas que ofrecen servicios sanitarios para luego extraer esos recursos y recolocarlos en otras áreas, consolidando grupos financieros que promueven integración horizontal y vertical. Esta pugna entre ambos sectores determina finalmente la creación de los "clientes" o consumidores de salud, en un proceso de biomedicalización para terminar reconceptualizando la salud para que sea funcional al mercado. Las reformas neoliberales de los años 80 y 90 van retirando poco a poco el rol del estado en ser garante del derecho a la salud.

Poduval & Poduval definen el CMI como una nueva industria con fines de lucro que supe servicios de salud, en la que los profesionales de la atención son solo una

¹⁶ Publicidad, generación de enfermedades "disease mongering" generando demandas de varios agentes al Estado para la aprobación del financiamiento de medicamentos, tecnologías, tratamientos e investigaciones. Se elaboraron GPC con débil sustento de evidencia para incorporar el uso de nuevos medicamentos. Cooptaron organizaciones de pacientes y medios de comunicación para exigir inclusión de medicamentos en las listas oficiales. Finalmente abren una puerta a través de la judicialización del acceso a medicamentos, gran parte de ellos de muy dudosa efectividad. Para profundizar en el tema, recomiendo leer la Tesis doctoral de la dra. María Belen Mena: "Acceso a medicamentos oncológicos por vía judicial en Ecuador entre 2012 y 2018" Universidad de Sao Paulo - Ribeirao Preto

parte del complejo, del que los seguros son su subsidiario más importante. (Poduval & Poduval, 2008) Otros campos involucrados son la administración de la salud, el turismo médico, los diagnósticos, la educación médica, investigación y desarrollo clínico, la atención en salud personalizada, los seguros médicos, el desarrollo de medicinas y la educación de los pacientes (Poduval & Poduval, 2008)

Las posturas críticas al CMI no se encuentran en relación con la organización de los sistemas de salud o su impacto sobre la salud individual o colectiva sino sobre sus excesos. Es decir, se orientan más hacia mecanismos de búsqueda de estrategias de regulación y control para intervenir sobre sus consecuencias negativas, mas no a cuestionar su existencia misma.

La regulación del Complejo Médico Industrial ha transitado un camino que va desde controlar el ejercicio de los profesionales de la medicina hasta la intervención de los gobiernos a través de los organismos y agencias de control.

Como se ha descrito previamente, la transformación que ha experimentado la medicina desde fines del siglo XIX y con más énfasis desde mediados del siglo XX se expresa claramente en el uso de las nuevas tecnologías, el gran crecimiento de la industria farmacéutica y el apareamiento de las empresas aseguradoras. Estos cambios se sustentan sobre varios pilares como son el ejercicio profesional, la influencia del sector financiero, y la formación de fuerza laboral.

Independencia en el Ejercicio Profesional

Poduval y Poduval se preguntan si la cultura corporativa y la profesión médica son mutuamente excluyentes y para responderla, parten de la premisa que el CMI (corporativización) es el resultado natural de un proceso social más amplio caracterizado por el consumismo y el materialismo. La limitación de la autonomía médica y el compromiso de los médicos para reducir los costos son características propias de los hospitales que están afectando a los sistemas de salud. (Poduval & Poduval, 2008)

Autores como Alexander, Morrisey, & Shortell plantean que los médicos pueden estar más dispuestos a sacrificar la autonomía en su práctica, por una parte, para obtener la seguridad de un ingreso o una filiación institucional ya que cierta tecnología se restringe a los hospitales. Casi como una consecuencia de este hecho, hay muchas decisiones corporativas que son tomadas por los fabricantes de dichas tecnologías, a pesar de que puede haber un incremento en la participación en la construcción de políticas hospitalarias que afecten sus prácticas. (Alexander et al., 1986)

Influencia del sector financiero

La discusión sobre la influencia que puede tener el sector financiero en el ejercicio de la profesión es un hecho que se viene debatiendo desde los años ochenta del siglo XX y lleva a plantearse si la ética médica, por si sola, pudiera hacer frente a esta injerencia.

Relman es uno de los autores que defiende este postulado, pero critica que ciertas regulaciones, sobre todo por parte de los terceros pagadores han afectado la práctica de la medicina. También se suma el hecho que la amenaza de la mala práctica médica ha modificado la relación de confianza mutua por relaciones casi estrictamente comerciales. (Relman, 1991)

Otra mirada presenta autores como Llewellyn que postulan que la ética médica no es suficiente ya que proporciona respuestas ambiguas y vacíos que pueden ser llenados por los incentivos financieros y profesionales que son los que actualmente más están impulsando el campo de la medicina "El dinero es la forma de incentivo más generalizada en la sociedad y hay poca evidencia de que los médicos sean menos susceptibles a su poder que otros grupos. (..) Sin embargo, se sabe poco sobre la "curva de incentivos" para los médicos y es muy posible que después de alcanzar cierto nivel de ingresos, las recompensas de los incentivos profesionales superen a los financieros" (Llewellyn et al., 1999)

Formación de Fuerza Laboral

Un mecanismo que no ha sido muy estudiado como elemento en la configuración y consolidación del CMI es la educación y, como extensión de esta, la investigación. La influencia de las industrias, principalmente la industria farmacéutica en la formación de fuerza laboral (Moynihan, 2008) en salud y en educación médica continua es creciente y se corre el riesgo de dejar de lado el bienestar de los pacientes para priorizar el beneficio privado de la obtención de ganancias. Cada vez hay más centros de

investigación y docencia con sus medios de difusión como revistas, libros de texto o, últimamente, portales digitales financiados por las industrias.

Lexchin muestra como los medicamentos más vendidos no son los que aportan mejoras terapéuticas, sino aquellos que han recibido mayor inversión en promoción. (Lexchin, 2017)

Wazana muestra que la probabilidad de prescribir un fármaco es 13% más frecuente luego de recibir comidas de forma frecuente y 5% con comidas ocasionales; el pago de congresos aumenta entre 4,5 y 10 veces. Las entrevistas frecuentes con representantes de la industria reducen el 66% de probabilidades de prescribir genéricos. (Wazana, 2000)

En el estudio de Chimonas se demuestra que los médicos entendieron el concepto de conflicto de intereses en la interacción con los representantes de la industria farmacéutica, pero mantuvieron opiniones favorables sobre ese tipo de relación. Esta contradicción se explica mediante disonancias cognitivas¹⁷.

Para resolver estas disonancias, utilizaron una variedad de negaciones y racionalizaciones. Negación: sesgo de ceguera selectiva; universalización: si todo el

¹⁷ “El psicólogo social Leon Festinger sugirió que **los individuos tienen una fuerte necesidad de que sus creencias, actitudes y su conducta sean coherentes entre sí**, evitando contradicciones entre estos elementos. Cuando existe inconsistencia entre éstas, el conflicto conduce a la falta de armonía de las ideas mantenidas por la persona, algo que en muchas ocasiones genera malestar. Esta teoría ha sido ampliamente estudiada en el campo de la **psicología** y puede definirse como la incomodidad, tensión o **ansiedad** que experimentan los individuos cuando sus creencias o actitudes entran en conflicto con lo que hacen. Este displacer **puede llevar a un intento de cambio de la conducta o a defender sus creencias o actitudes (incluso llegando al autoengaño)** para reducir el malestar que producen.

Festinger fue el autor de “*Theory of Cognitive Dissonance*” (1957), una obra que revolucionó el campo de la **psicología social**, y que se ha utilizado en distintas áreas, como la motivación, la dinámica de grupos, **el estudio del cambio de actitudes** y la toma de decisiones.” **Disonancia cognitiva: la teoría que explica el autoengaño.**

Jonathan García-Allen. 17 octubre, 2015. <https://psicologiymente.com/psicologia/disonancia-cognitiva-teoria-autoengano>

mundo lo hace, no debe ser tan malo; fantasía de control: aceptar la posibilidad de influencia, pero asegurar que la controlan; autoengaño: el encuentro con la industria proporciona información relevante y educativa que finalmente beneficia a los pacientes. (Chimonas et al., 2007)

Shofferman defiende la necesidad de una educación médica continuada libre de sesgos. Define el carácter de financiero a este conflicto, ya que el interés de la industria es obtener ganancias a toda costa sin importar ninguna otra cosa. Se va configurando, por tanto, otro enfoque desde el cual se intenta explicar el CMI, un enfoque que hace hincapié en la enorme cantidad de dinero que gasta la industria en esfuerzos para influir en la práctica médica, e incluso, en cómo va más allá al no escatimar en gastos cuando se trata de convencer a los médicos de que esa no es la intención real. (Schofferman, 2011)

Medicalización y Bio-medicalización

Lynn Carmichael en 1977 publica un artículo en el que pone en evidencia la pérdida de control de los pacientes sobre sus cuerpos como consecuencia del fortalecimiento del sistema corporativo piramidal que constituye al CMI. Para este autor la atención en salud, en un primer momento, estaba basada en la demanda de individuos libres y autónomos, que identificaban sus necesidades en salud y, si tenían los recursos para costear los honorarios de un médico, pagaban para que estas fueran resueltas.

Es decir, tenían algún nivel de control sobre sus cuerpos. Si una persona no estaba a gusto con el tratamiento que le proporcionaba ese médico podía buscar otro al

cual pagarle para que se encargara de sus necesidades en salud. Esta concepción de salud como privilegio lleva a que los individuos sean soberanos para decidir sobre sus cuerpos. (Carmichael, 1977)

Cuando estas necesidades empiezan a considerarse como derechos se pierden estos mecanismos de (auto)control. La atención en salud ya no es pagada únicamente por los individuos, quienes además ya no hacen los pagos directamente a los médicos.

Este cambio, en el que la salud se interpreta como algo a lo que todos deberían tener acceso total y gratuito, y en el que la concepción que las necesidades dejan de ser establecidas de forma individual para ser consideradas a nivel poblacional. De mantenerse esta interpretación, el resultado sería la bancarrota del país porque no hay un límite para definir e identificar lo que es o no una enfermedad.

El autor considera que el mayor problema es el desplazamiento de la autonomía individual al control corporativo, que decanta en una distribución desigual de poder entre los individuos y las corporaciones.

En la medida que el nuevo sistema busca garantizar la equidad en la atención en salud se va consolidando un sistema corporativo piramidal que concentra en la cima de su estructura el poder de tomar decisiones. Es este sistema corporativo, o sea el CMI, el que empieza a definir cuáles son las necesidades en salud y cuáles deberán ser las intervenciones que se deberá implementar para superarlas; y el que, por medio de sus instituciones y mecanismos de pago, ahora media en la transacción económica que antes se establecía entre los pacientes y los médicos. En resumen, el CMI le da a la industria del cuidado de la salud la capacidad de limitar la libertad de las personas y de extender un extraordinario grado de control sobre sus vidas. (Carmichael, 1977)

En 1975, Ivan Illich publica su libro *Némesis Médica* en el que denuncia el proceso de yatrogénesis clínica, social y cultural asociado a la medicalización de las sociedades contemporáneas. (Illich, 1975) Si bien le preocupa la pérdida de libertad que se deriva de la forma de organización, para el autor, el problema está en el creciente proceso de medicalización de la vida que resulta de la nueva forma de organización de la medicina.

Según el autor, la medicina institucionalizada proveniente de las sociedades industrializadas, es un elemento patógeno para la sociedad porque, en primer lugar, produce daños clínicos superiores a sus posibles beneficios lo que denomina yatrogénesis¹⁸ clínica; en segundo lugar, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad: yatrogénesis social; y en tercer lugar, tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente en la medida en que propicia una guerra contra todo sufrimiento yatrogénesis cultural (Illich, 1975)

El autor denomina *Némesis*¹⁹ Médica a un proceso de destrucción de la salud producto de una exageración irracional de evitar la enfermedad que lleva a intervenciones innecesarias y peligrosas. No se vislumbran soluciones eficientes y reales para enfrentar esta medicalización ya que no cuestionan el punto central de esta: la dependencia en el saber experto y la tecnología.

¹⁸ El término yatrogénesis viene de las palabras griegas “yatros” (médicos) y “génesis” (origen) y es usado por Illich para designar un tipo de patologías que son originadas por los médicos o por los tratamientos médicos tal como estos son concebidos en la sociedad industrial

¹⁹ En la mitología griega Némesis era la diosa de la justicia retributiva, el equilibrio y la venganza. Al ser una deidad primigenia, estaba por encima de los dioses Olímpicos, y sus acciones eran consideradas inevitables e implacables. Era la encargada de castigar a los hijos desobedientes, a quienes ignoraban la jerarquía de mando y a los amantes infieles, pero, sobre todo, castigaba la desmesura.

Tomado de: "Némesis". Autor: Equipo editorial, Etecé. De: Argentina. Para: *Concepto.de*. Disponible en: <https://concepto.de/nemesis-2/>. Última edición: 5 de agosto de 2021.

Foucault cuestiona en parte la propuesta de Illich sobre la medicalización de la vida y la transición de una medicina colectiva a una privada, “El problema —dice Foucault— no es saber si se requiere una medicina individual o social, sino cuestionar el modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar su «despegue»” (Foucault, Michel, 1999)

Una propuesta que se deriva del debate anterior es realizada por Clarke y cols que plantean que la expansión de la jurisdicción, la autoridad y la práctica médica a nuevos campos configura lo que se denomina Biomedicalización. Este concepto hace referencia a los procesos de medicalización cada vez más complejos, escalonados y multidireccionales, reconstituidos por medio de las nuevas formas sociales de la biomedicina altamente tecnocientífica. (Clarke et al., 2003)

Este proceso se constituye por medio de tres cambios: la corporatización y la mercantilización; la centralización, racionalización y transferencia de los servicios; y la estratificación de la biomedicalización.

Los dos cambios propuestos están en relación con la preeminencia del ámbito privado y la racionalización y control del gasto. Para el tercer cambio, señalan que el proceso de medicalización no es monolítico ni unidireccional, sino heterogéneo y lleno paradojas de exclusión, inclusión, participación y resistencias. Describen una tendencia la “medicalización cooptativa” en la que se evidencia una expansión de la jurisdicción de la medicina moderna hasta áreas de la vida que antes no se consideraban problemas médicos. (Clarke et al., 2003)

Este paso de la medicalización a la biomedicalización también es presentado por Iriart y cols en 2011 pero desde una perspectiva diferente, en la que exploran las

tensiones entre el CMI y los grupos financieros por obtener beneficios económicos en el campo de la salud. (Iriart et al., 2011)

En la década de los noventa, todo el sistema de salud y el CMI es alterado en su funcionamiento por la entrada del capital financiero a este sector ya que sus intereses son opuestos. Esto llevó que las grandes empresas farmacéuticas y de tecnologías médicas empiecen a desarrollar reformas casi imperceptibles para reposicionarse en el mercado.

Estos cambios se sustentan, sobre todo en la reconceptualización del modelo médico hegemónico y por tanto del proceso salud – enfermedad – atención. Un hecho fundamental es la presión realizada para la aprobación de tratamientos pagados por el sistema público, basados en el empleador o pagado por medio de seguros privados (Iriart et al., 2011)

La conformación del complejo médico-industrial-financiero refiere a la penetración del capital financiero como administrador, no sólo de seguros médicos, sino también de servicios de salud (hospitales, centros de diálisis, servicios de atención domiciliaria, centros de diagnóstico y tratamiento, servicios de emergencias, entre otros). Esto está muy avanzado en los Estados Unidos, y presente en algunos países latinoamericanos. (Iriart & Merhy, 2017)

Medicalización es “la expansión de la jurisdicción médica sobre situaciones previamente no consideradas padecimientos” (Iriart, 2018) como el nacimiento o el envejecimiento y se consolida en el imaginario colectivo a partir de discursos que deslegitiman cualquier tipo de intervención sanitaria sin supervisión médica.

Esta concepción promueve estrategias preventivas de dudosa utilidad como los chequeos médicos rutinarios o pruebas de tamizaje de dudoso valor (Han, 1997)

(Krogsbøll et al., 2012) y que al contrario podrían producir más riesgo. (Miglioretti et al., 2016)

La biomedicalización, en cambio, supone “la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica.” (Iriart, 2018) es decir, va más allá de redefinir las patologías, sino de mantener una población enterada y pendiente de condiciones que se considerarían como potenciales riesgos.

Con la biomedicalización la salud deja de ser concebida como un medio para alcanzar el vivir bien, sino se convierte en un fin en sí misma, en un nuevo estatuto moral. No se contrapone al concepto de medicalización, lo radicaliza porque interioriza la idea de control.

Un elemento fundamental es la farmacéuticalización que implica tanto el consumo de medicamentos como el uso de tecnología médica dentro del hogar, como son medidores de glucosa, tensiómetros u oxímetros. (Williams et al., 2011)

La biomedicalización se apuntala también gracias al costo bajo de estos dispositivos que ha permitido masificar su consumo. También ha influido la facilidad de acceder a información, gran parte de ella controlada por intereses de las grandes industrias, a través de sitios web, entre otros, hasta llegar a transformar incluso el rol de los agentes sanitarios que cada vez se vuelven más prescindibles en este nuevo modelo de negocio desarrollado por el CMI.

Capítulo 5: Demanda Inducida por el Proveedor

Los servicios sanitarios tienen un lugar dentro de los mercados, pero a diferencia de otros bienes de consumo, guardan ciertas particularidades. Una de ellas es que existe una asimetría en el nivel de información y conocimiento entre el médico y el paciente. el usuario o consumidor de los servicios por lo general desconoce de su condición patológica, cómo debería ser diagnosticada y finalmente cómo debe ser tratada, a diferencia del prestador del servicio que la conoce por completo (Bellón Saameño, 2006) es por tanto un mercado imperfecto. Un ejemplo que clarifica esta asimetría es el hecho de prescribir un fármaco.

Quien prescribe el medicamento (sea un médico u otro profesional facultado para ello) conoce más que el paciente sobre los mecanismos de acción y efectividad de este. A su vez la industria farmacéutica conoce más detalles del medicamento que el médico desconoce, como por ejemplo sobre datos de farmacovigilancia o estudios preclínicos o aquellos de costo – efectividad. Finalmente, el paciente que es quien compra y consume el medicamento desconoce todo.

Un detalle adicional es que en Ecuador las compras públicas se realizan a través del Servicio Nacional de Contratación Pública SERCOP²⁰ pero quien paga es el Ministerio de Salud, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS o los diferentes

²⁰ Nota a pié: “El Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP), es la entidad rectora del Sistema Nacional de Contratación Pública (SNCP), responsable de desarrollar y administrar el Sistema Oficial de Contratación Pública del Ecuador (SOCE) y de establecer las políticas y condiciones de la contratación pública a nivel nacional; ha enfocado su gestión sobre la base de los ejes de transparencia, calidad, eficiencia, eficacia y ahorro para el Estado, y garantiza el cumplimiento de sus principios, valores y política integrada de calidad y anti-soborno en los procesos de contratación pública.”

Tomado de: <https://portal.compraspublicas.gob.ec/sercop/la-institucion/>

actores de la Red Pública Integral de Salud RPIS, es decir que terminan pagando por un medicamento que no escogieron y que tampoco van a consumir, En resumen, en el sector privado quien prescribe no compra y quien compra no decide. Y en el sector público, que representa el mayor gasto, el que compra ni decide ni consume. La corrección de los mercados imperfectos en salud ha llevado a un largo debate en el campo de economía de la salud.

Para enfrentar esta asimetría se ha establecido lo que se conoce como una “relación de agencia” en la que, la una parte, es decir el usuario de los servicios (paciente) encarga a la otra parte, es decir el prestador del servicio (médico) la toma de decisiones sobre cuál será el tratamiento más adecuado para su problema.

Esta relación de agencia puede ser completa o perfecta cuando se toma en cuenta para el proceso de toma de decisiones únicamente las variables que afectan al usuario, es decir todo aquello que podría mejorar su salud o la de su entorno. Esto es lo esperable desde una perspectiva fundamentada en la ética médica. Al contrario, cuando se incorpora en el proceso cuestiones que no benefician al paciente, sino que son relevantes para el médico, las instituciones o las industrias, se habla de una relación de agencia incompleta o imperfecta. (Bellón Saameño, 2006)

En este contexto y casi como una consecuencia de lo anterior, la atención sanitaria puede tener un doble origen, puede estar iniciada por el profesional o por el usuario, es decir la demanda puede ser inducida por el proveedor o por la oferta. El hecho que los médicos sean capaces de generar su propia demanda es un fenómeno que se viene estudiando desde hace varios años (Carlsen & Grytten, 2000) (Evans, 1974)

En un estudio importante se mostró que el 52% de las consultas se producían por iniciativa del paciente y el 39% por iniciativa de los médicos de familia (Rossiter & Wilensky, 1983). Se ha estimado que en algunos casos el 90% de los gastos de atención médica son iniciados por médicos o al menos controlados por médicos es decir que técnicamente controlan casi todos los gastos. (Wilensky & Rossiter, 1983)

La mayoría de propuestas separan las atenciones en dos tipos dependiendo de quien las ha originado, el paciente o el proveedor (Rossiter & Wilensky, 1983) y estas últimas se relacionan directamente con el profesional pero también con las instituciones.

En el caso que estamos investigando, la demanda inducida por el proveedor responde, en gran medida, a una serie de políticas implementadas. Ya no es solamente el médico quien decide, sino que se apega a lo que una norma le manda cumplir.

Es claro y entendible que las visitas aumenten en servicios privados, pero es posible también encontrar un aumento desde lo público por razones como el miedo a ser demandados y entonces se prefiere excesos en consultas, exámenes diagnósticos y prescripciones terapéuticas que actuar con mesura. El fenómeno de la medicina defensiva será analizado a lo largo de este capítulo.

Un elemento adicional son las decisiones de política sanitaria que se van tomando para corregir las posibles distorsiones del mercado. Cuando la relación de agencia es incompleta se tiende a una inducción de la demanda.

La demanda inducida tiene un impacto altísimo para la política sanitaria ya que aumenta el gasto sanitario, dificulta la eficiencia de los servicios e incluso podría poner en riesgo a los pacientes al someterlos a intervenciones innecesarias, entrando al campo de lo que se conoce como prevención cuaternaria (Kopitowski, 2013) Cuando las presiones de uso, a través de incentivos o de miedos por demandas, el médico tiende a

modificar el tratamiento original sin que se refleje en las características clínicas del paciente. (Arrieta, 2015)

Se trata de un fenómeno complejo en el que en términos generales se pone a prueba a un sistema sanitario con demandas cada vez más crecientes que no se da abasto. Las respuestas han sido hasta ahora salir de la disyuntiva de sistemas públicos, privados o mixtos.

Oferta y Demanda en Salud

Los términos de oferta y demanda pertenecen al mundo de la economía, por tanto, no es la intención del presente estudio ahondar en sus conceptos. Cuando buscamos el aterrizaje de su interacción con la salud, entramos al campo de la economía de la salud.

Si bien ambos son importantes, es la demanda de atención el componente que más interés ha despertado a lo largo de las últimas décadas. Y esto es fundamentalmente gracias a la característica particular que tiene de ser generada por la oferta o por ella misma. Este hecho puede ser utilizado para fines loables como mejorar la calidad de la atención, pero puede ser también utilizado con fines más soterrados como favorecer a las industrias relacionadas a la salud.

Un concepto fundamental es el de demanda inducida, que se entiende como “aquella parte de la demanda iniciada por el proveedor (es misión del agente iniciar la demanda en nombre del consumidor) que está por encima de lo que el paciente hubiera

estado dispuesto a pagar en el supuesto de que este tuviera plena información, o como mínimo, la misma información que el médico” (Ortún, 1991)

Esto quiere decir que una parte de los consumos de atención médica refleja las preferencias del médico más que las necesidades del paciente.

Para desarrollar un marco conceptual que permita visualizar la interacción de todos los componentes que pudiesen influir en la demanda inducida por el profesional, hemos adoptado y condensado los criterios y modelos propuestos por Labelle, Mohammadshahi (Labelle et al., 1994) (Mohammadshahi et al., 2019) y Eisenberg, este último citado por Teresa Martínez-Cañavate (Martínez-Cañavate López-Montes, 2007) con una nueva propuesta que resalta las decisiones de política pública.

Por un lado, se encuentran acciones que van a favorecer intereses personales de los médicos. Entre ellos se encuentra el deseo de mejorar sus ingresos, pero también de ejercer una medicina que se adapte a sus preferencias y a su sitio de trabajo. El médico también puede persuadir al paciente para realizarse más procedimientos de lo que necesita.

En este rubro se encuentra la medicina defensiva, es decir el ejercicio médico orientado hacia evitar posibles demandas. Y, muy ligada a esta, la obligatoriedad de seguir la normativa vigente.

Por otro lado, la representación que tiene el médico de los intereses del paciente en función de sus características, del bienestar y obviamente de los factores clínicos.

Del otro lado de la ecuación se encuentra la oferta que tiene algunos elementos que van ligados al sistema de salud. Entre ellos, por ejemplo, el tiempo que se asigna a consulta, los mecanismos de referencia y contrareferencia, el seguimiento y control.

También se menciona el carácter docente de algunas unidades de salud, ya que realizan procedimientos redundantes con fines de demostración a los estudiantes (Seyedin et al., 2021)

Otro mecanismo que contribuye a la demanda inducida es el pedido innecesario que realizan los pacientes asegurados sin requerirlo, solo para “aprovechar” la cobertura que le da el seguro. Este fenómeno se conoce como “riesgo moral” (Bardey & Lesur, 2006) y se define como un sobreconsumo de la asistencia debida a la cobertura del seguro de salud.

Finalmente, otro factor que no se ha estudiado lo suficiente es la cultura y la publicidad que llevan a la medicalización de la sociedad. La publicidad dirige sutilmente a la población a consumir servicios y tecnologías de forma innecesaria.

Un elemento que no se evidencia fácilmente en este modelo es la presión que ejerce la política pública sobre el accionar de los médicos a través de la obligatoriedad de seguir guías de práctica clínica u otras normativas. Esto es particularmente importante ya que algunas Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, recomiendan visitas periódicas para el control de enfermedades crónicas, sin evidencia que lo respalde, sino como “recomendación de buena práctica”²¹ En este caso, la asimetría de información juega a favor del aumento de consultas, lo que casi siempre va ligado a un aumento de prescripciones y de pruebas de laboratorio.

²¹ Como se evidencia por ejemplo en la GPC de diabetes, ver: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_diabetes_mellitus_2017.pdf

Ley de Roemer

Un dato importante es que se ha encontrado una correlación entre las visitas originadas por el médico y el número de médicos por habitante, lo que quiere decir que mientras más profesionales por habitante hay, se produce un aumento de la demanda inducida por proveedores (Carlsen & Grytten, 1998)

En el estudio de Ortún, se evidencia que un aumento de 1 cama por 1.000 habitantes se asocia a un aumento de 16,8 admisiones por 1.000 habitantes (Rubio, 1986) lo que quiere decir que el componente de demanda inducida por el hospital responde a una decisión de política pública de aumentar la oferta de servicios, sin que ello conlleve necesariamente a mejores resultados sanitarios, una mayor frecuencia de uso no mejora los resultados de salud.

Las poblaciones de las regiones de derivación hospitalaria de alto, costo con alta frecuencia de uso de los servicios no tienen una esperanza de vida más larga que las de las regiones de bajo costo, incluso después de controlar las diferencias en la prevalencia de la enfermedad. Además, más visitas, más pruebas, más hospitalizaciones y una mayor probabilidad de morir en una unidad de cuidados intensivos significan que es poco probable que quienes viven en regiones de alto costo tengan una mejor calidad de vida. (Wennberg, 2002)

Este fenómeno ha sido descrito hace varios años y es conocido como ley de Roemers y es el primer estudio sobre demanda inducida por el proveedor. Según esta ley, “una cama de hospital construida es una cama llena” (Seyedin et al., 2021) mientras más se amplie la oferta de servicios, mayor será la demanda de uso. Si la población vive en regiones con más camas, sufrirá más hospitalizaciones y estancias en unidades de cuidados intensivos. (Wennberg, 2002)

En Ecuador la construcción de nuevas unidades de salud se ha mantenido constante en los últimos 20 años, en el período de 2000 a 2017 aumentaron de 3582 a 4168. Un detalle se puede ver en la **Tabla 3**

Tabla 3. Total de establecimientos de 2000 a 2017

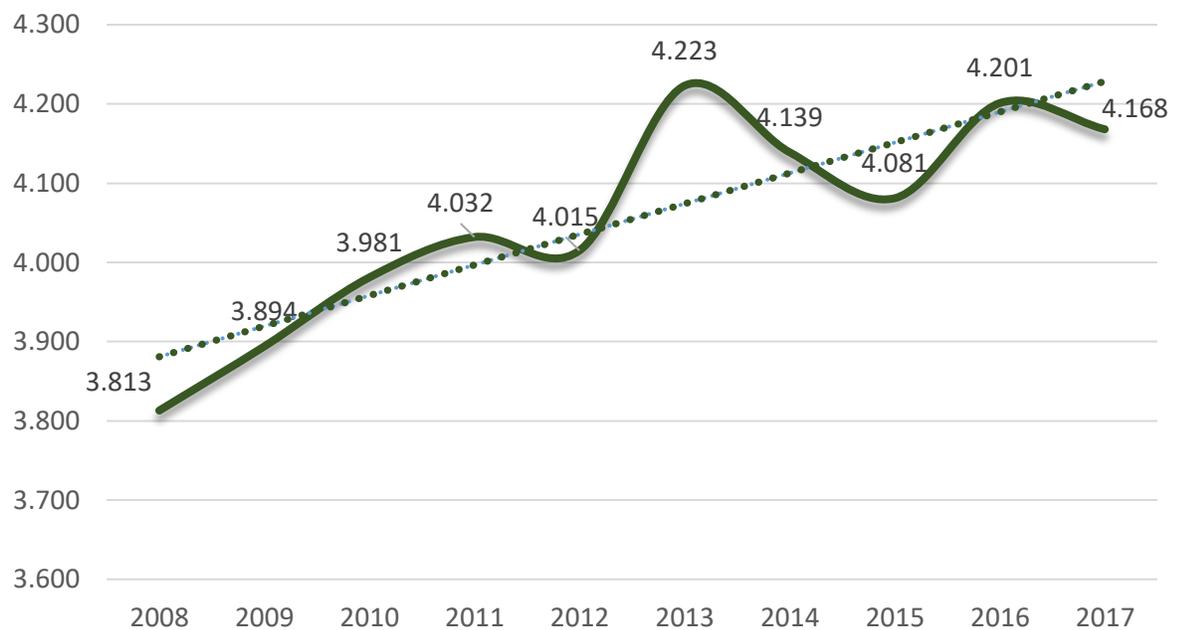
Años	Total Establecimientos
2000	3.582
2001	3.652
2002	3.623
2003	3.501
2004	3.790
2005	3.912
2006	3.681
2007	3.847
2008	3.813
2009	3.894
2010	3.981
2011	4.032
2012	4.015
2013	4.223
2014	4.139
2015	4.081
2016	4.201
2017	4.168

Fuente: elaboración propia con información del INEC

Durante el periodo 2000 a 2008 se construyeron 231 establecimientos nuevos lo que representa un incremento del 6,06%. En el período 2009 a 2017 la construcción fue de 274 nuevos establecimientos, lo que representa un incremento del 6,58%

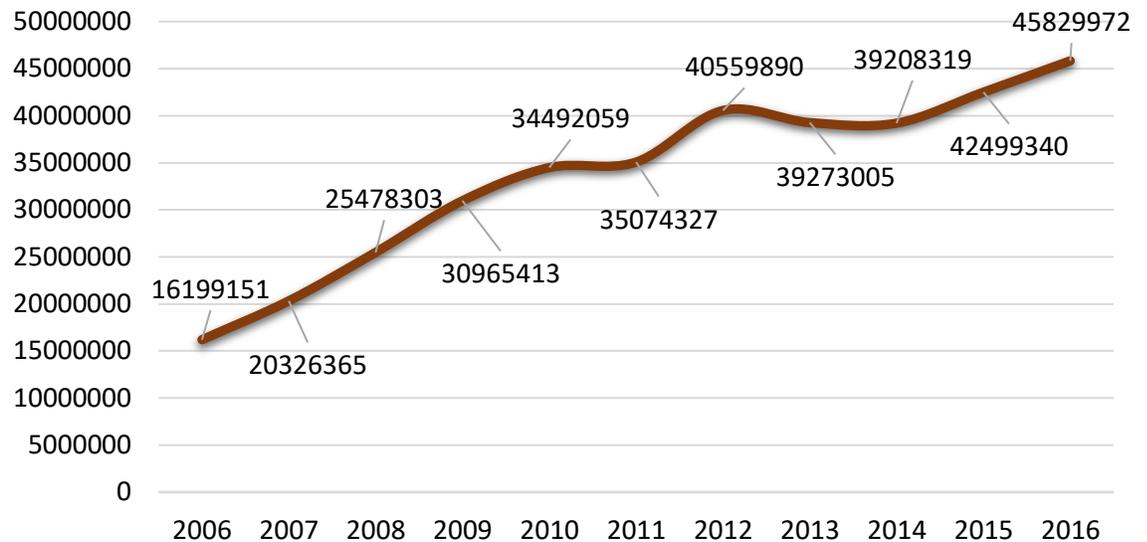
Como es de esperarse con la Ley de Roemer, este incremento se acompañó de un mayor número de consultas médicas, pero en proporciones mucho mayores como se puede ver en **Figura 3** y **Figura 4**

Figura 3. Establecimientos de Salud 2008 – 2017



Fuente: elaboración propia con información del INEC

Figura 4. Producción Consultas Ministerio de Salud período 2006 – 2016



Fuente: elaboración propia con información del INEC

Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.

Una de las atribuciones del Ministerio de Salud es elaborar y dar el seguimiento de implementación de los documentos normativos, como son reglamentos, normas técnicas, manuales, protocolos clínicos y Guías de Práctica Clínica. Son, por lo tanto, de obligado cumplimiento. Además, que se convierten en una estrategia de protección ante posibles demandas si se demuestra que las recomendaciones emanadas de estos instrumentos han sido respetadas y practicadas.

Si bien el ejercicio de la medicina apegado a pruebas data de varios siglos, es desde 1992 que aparece con fuerza un nuevo paradigma que cambiará definitivamente

la práctica clínica: la medicina basada en evidencia (Guyatt, 1992). Un grupo de investigadores liderados por Gordon Guyatt de la Universidad de McMaster sentaron las bases para su aplicación, ya que desde esa época se hablaba de la imposibilidad de leer, interpretar y aplicar la gran cantidad de publicaciones científicas, convirtiendo la lectura crítica en uno de los pilares más importantes de este nuevo modo de pensar la medicina.

Un punto de quiebre que permite seleccionar estas publicaciones y hacer recomendaciones de estas es establecer los grados de recomendación. Una revisión del tema da cuenta de más de 100 sistemas de gradación de la evidencia (Manterola D & Zavando M, 2009) lo que se convierte en un nuevo y mayor problema. Para enfrentar esta gran variabilidad, se propuso la estrategia GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) que pretendía agruparlas en una sola. Una de sus fortalezas es que se centra en el análisis por separado para cada desenlace de interés; describe los criterios de calidad respecto a desenlaces concretos; separa la calidad de la evidencia de la fuerza de las recomendaciones; y considera el balance entre riesgos y beneficios, los valores del paciente y el consumo de recursos (Aguayo-Albasini et al., 2014)

De acuerdo con la propuesta del Instituto de Salud de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés) Las Guías de práctica clínica son un "conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, son el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes" (Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines et al., 2011)

El Ministerio de Salud ha venido realizando Guías de Práctica Clínica de forma aislada en los últimos años, pero es desde 2013 que se realizan de forma sistemática. De 2013 a 2017 se han producido 51 GPC.

Las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud utilizan la escala de Shekelle modificada para jerarquizar el nivel de evidencia y el grado de recomendación (Shekelle et al., 1999). Esta, clasifica a la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza, se basa en la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza número de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación, letras mayúsculas de la A hasta la D (Torres-Arreola et al., 2010) Ver

Tabla 4

Tabla 4. Escala modificada de Shekelle y colaboradores

Categoría	Calidad de la evidencia
1a	Evidencia para metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios
1b	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
2a	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
2b	Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte
3	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
4	Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas

Categoría	Fuerza de la recomendación
A	Directamente basada en evidencia categoría 1
B	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
C	Directamente basada en evidencia categoría 3 o recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
D	Directamente basadas en evidencia categoría 4 o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

Fuente: elaboración propia, tomado de Torres-Arreola et al. 2010

Esta escala es menos rigurosa que GRADE y no considera factores importantes como la consistencia de los resultados.

La escala GRADE utiliza un enfoque más amplio para evaluar la calidad de la evidencia, verifica sesgos, imprecisiones, heterogeneidad, importancia de los desenlaces. Es decir, proporciona una evaluación más rigurosa y detallada de la calidad de la evidencia.

La consecuencia de esta decisión es de tal magnitud que puede terminar en recomendaciones carentes de respaldo de buena calidad. Este hecho se da para visitas de control, uso de medios diagnósticos y, sobre todo, lo que es más complicado, en el uso de medicamentos que, si se utilizaran escalas más rigurosas, probablemente no serían recomendados.

En un ejercicio realizado con 14 Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud²², se comparó los medicamentos recomendados con su presencia o no en la lista de la Organización Mundial de la Salud y si se encontraban en otras guías validadas internacionalmente como son las guías NICE²³, SIGN²⁴, entre otras. Los resultados se muestran en la **Tabla 5**. De los 357 medicamentos recomendados, el 36,4% no estaban considerados en la lista de la OMS y el 56,5% no estaban en las Guías descriptas.

Tabla 5. Medicamentos recomendados en la GPC y presencia o no en la lista oficial de la OMS y en otras GPC

Guía de Práctica Clínica	Medicamentos recomendados (total)	Presentes en la Lista de la OMS		Presentes en otras GPC	
		Si	No	Si	No
14	357	227	130	155	202

Fuente: elaboración propia a partir de las GPC del Ministerio de Salud y las Lista de medicamentos de la OMS

²² Artritis reumatoide; Trauma Dental; Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis; Recién nacido (RN) con dificultad para respirar; Diagnóstico y tratamiento de hemofilia congénita; Diagnóstico y tratamiento del acné; Dolor lumbar; Trastornos hipertensivos del embarazo; Tratamiento odontológico en embarazadas; Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno recurrente depresivo en adultos; Tratamiento del dolor oncológico en adultos; Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales; Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; Diabetes mellitus tipo 2

²³ NICE: National Institute for Health and Care Excellence <https://www.nice.org.uk/>

²⁴ SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network <https://www.sign.ac.uk/>

Las GPC del Ministerio de Salud son una prueba fehaciente de cómo se puede inducir la demanda desde la política pública a través de la aplicación de normativa técnica de obligatorio cumplimiento.

Medicina Defensiva en el Contexto Ecuatoriano

A partir del año 2008, tras la emisión de la nueva Constitución del Ecuador, se ha impulsado una serie de cambios jurídicos que buscan armonizarse al nuevo marco constitucional.

En este sentido, el litigio en salud relacionado al ejercicio profesional en salud es un fenómeno relativamente joven y que tiene tres hitos clave.

Primero. A finales de 2007, debido a una demanda por un caso de mala praxis el famoso caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador” la Corte Interamericana de Derechos Humanos CIDH en su sentencia, insta al Estado ecuatoriano a revisar y actualizar la legislación penal acerca de la mala praxis médica, sugiriendo que se incorporen definiciones pragmáticas para adecuar el régimen de la materia legal, de forma que favorezca la debida realización de la justicia en cuanto al tema. (*Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador, 2007*)

Segundo. En septiembre de 2009 la ciudadana francesa Charlotte Mazoyer recibió un disparo en un asalto y luego fue trasladada a un hospital privado donde se demoró su atención hasta que presente un respaldo con una tarjeta de crédito. Se perdió mucho tiempo, finalmente fue intervenida quirúrgicamente pero no soportó y falleció. El médico que tardó en operar fue demandado. El tema se mediatizó de tal

manera que se generó un alboroto social con marchas en todo el país, con consignas a favor y en contra de la judicialización de la práctica médica.

Tercero. Tras la aprobación de la Constitución de 2008, que en su artículo 54 determina que “[...] Las personas serán responsables por la mala práctica en el ejercicio de su profesión, arte u oficio, en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas” (Constitución del Ecuador, 2008) se hace imprescindible la adecuación de reformas jurídicas. Un primer intento fallido se dio en 2010, que por falta de acuerdos políticos en el interior de la Asamblea Nacional no se aprobó una ley de mala práctica médica.

Finalmente, luego de un debate intenso, prolongado y muy mediatizado, en 2014 se aprueba el Código Orgánico Integral Penal – COIP, que recoge las legislaciones relativas a materia penal en un solo cuerpo articulado. Este, al ser “Orgánico” según el art. 425 de la Constitución (Constitución del Ecuador, 2008) está por encima de las leyes ordinarias y demás cuerpos normativos en materia penal; condensa, agrupa y conceptualiza la mala praxis como “Homicidio culposo por mala práctica profesional”.

Este nuevo cuerpo legal es un intento a la adecuación del nuevo orden constitucional, en cuanto a la regulación del deber punitivo del Estado Ecuatoriano. Establece nuevos tipos penales como son los delitos de lesa humanidad, delitos informáticos, explotación laboral, femicidio, sicariato y por supuesto el homicidio culposo por mala práctica profesional. (Reyes Vaca & León Asqui, 2016)

A pesar de que el mismo documento de la Corte Interamericana es muy claro en explicar que no es necesario instituir un nuevo tipo penal sobre mala praxis²⁵ el COIP

²⁵ “La mala praxis médica suele ser considerada dentro de los tipos penales de lesiones u homicidio. No parece indispensable instituir tipos específicos sobre aquella si basta con las figuras generales y existen

propone la tipificación de un nuevo delito el “Homicidio culposo por mala práctica profesional” (Código Orgánico Integral Penal, 2014) y que el país si contaba con legislación para sancionar delitos culposos como lesiones o muerte y se había aplicado previamente. Entonces, desde esa óptica, no tenía sentido incorpora el nuevo delito al Código Penal ya que eso se interpretaba como un intento por “judicializar” o “criminalizar” la práctica profesional.

Esto generó un amplio debate y movilización de los gremios médicos con amenazas de tomar medidas drásticas como renunciadas masivas, que se sentían amenazados por el peligro potencial en su aplicación ya que la naturaleza misma de su profesión conlleva necesariamente un riesgo para el paciente, especialmente en el caso de procedimientos invasivos y riesgosos como las intervenciones quirúrgicas. (Vargas Villagrán, 2017)

Medicina Defensiva. Se ha planteado la preocupación de que los médicos puedan resolver los casos para evitar las molestias, el acoso y el riesgo financiero inherentes a los juicios por mala práctica profesional. (Roberts & Hoch, 2007) (Peeples et al., 2000)

De esta forma surge en los Estados Unidos, lo que se denomina “Medicina Defensiva” que fue descrita por primera vez en 1978 como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica. (Mejía et al., 2011)

reglas pertinentes para la consideración judicial de la gravedad del delito, las circunstancias en que éste fue cometido y la culpabilidad del agente” (*Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador*, 2007)

Esta se entiende como un modo de ejercer la medicina que, para evitar demandas por mala práctica médica, realiza intervenciones excesivas y muchas veces innecesarias (Clínica Universitaria de Navarra, s. f.). Esta práctica tiene como consecuencias, 1) aumento de costos para el paciente y para el Sistema de Salud. 2) Afectación de la relación médico – paciente. 3) Posibilidad de negación de atención a pacientes en condiciones graves de salud o con potenciales secuelas. 4) Mayor sufrimiento del paciente. 5) Potencial riesgo por intervenciones innecesarias (Minossi & Silva, 2013) (Sekhar & Vyas, 2013)

En algunos países se ha reportado que, ante potenciales demandas, los profesionales de la salud tienden a incrementar una práctica “defensiva” que podría conllevar a sobreutilización de recursos diagnósticos y terapéuticos (Bal, 2009)

Expresiones de Medicina Defensiva en Ecuador. Para el presente estudio, se considera a la medicina defensiva también como un mecanismo que puede ampliar el consumo en salud. Consideramos que es un tema muy amplio y que amerita estudios mucho más complejos, pero para enmarcarlo en el estudio de la mercantilización de la salud y el Complejo Médico Industrial, se analizó dos hechos muy puntuales.

Para detectar si existe asociación entre estos hechos y el uso de tecnologías sanitarias²⁶, se buscó un hospital de tercer nivel de complejidad, que tenga todos los auxiliares diagnósticos y que durante el período de estudio no haya presentado cambios

²⁶ “Las tecnologías sanitarias son todos los recursos que se utilizan con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como los medicamentos, los equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y los sistemas de apoyo empleados” tomado de: Organización Mundial de la Salud. CONSEJO EJECUTIVO EB118/15 118ª reunión 25 de mayo de 2006 Punto 5.5 del orden del día provisional.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_15-sp.pdf

significativos en número de camas, especialidades, especialistas, es decir, que no se ha modificado sustancialmente. El hospital seleccionado fue el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

Primero se identificó cambios en el uso de auxiliares diagnósticos y se comprobó que durante el periodo de estudio no aumentaron de forma significativa el número de camas ni las consultas. Los resultados muestran una variación importante en el uso de todos los auxiliares diagnósticos (laboratorio clínico y de imagen) a pesar de que el número de consultas médicas no presenta una variación importante. Esto se puede ver en las **Tabla 6** y **Tabla 7**, así como en la **Figura 5**

Tabla 6. Servicios auxiliares de diagnóstico en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	C. Externa	Hospitalización	Emergencia	Total
2007	147.482	77.092	105.321	329.895
2008	172.617	74.235	133.231	380.083
2009	173.485	84.959	191.037	449.481
2010	199.130	99.256	169.161	467.547
2011	214.138	117.234	214.517	545.889
2012	387.990	216.956	365.165	970.111
2013	382.573	218.164	363.456	964.193
2014	364.094	193.292	299.711	857.097
2015	486.466	293.154	354.038	1.133.658
2016	553.407	343.579	363.532	1.260.518
2017	440.434	296.704	354.015	1.091.153

* Incluye: Hematológicos, hemostasia, bioquímicos (química sanguínea), electrolitos, inmunoquímica, examen de orina, examen de heces, serología, bacteriología, gasometría, tuberculosis, pruebas especiales

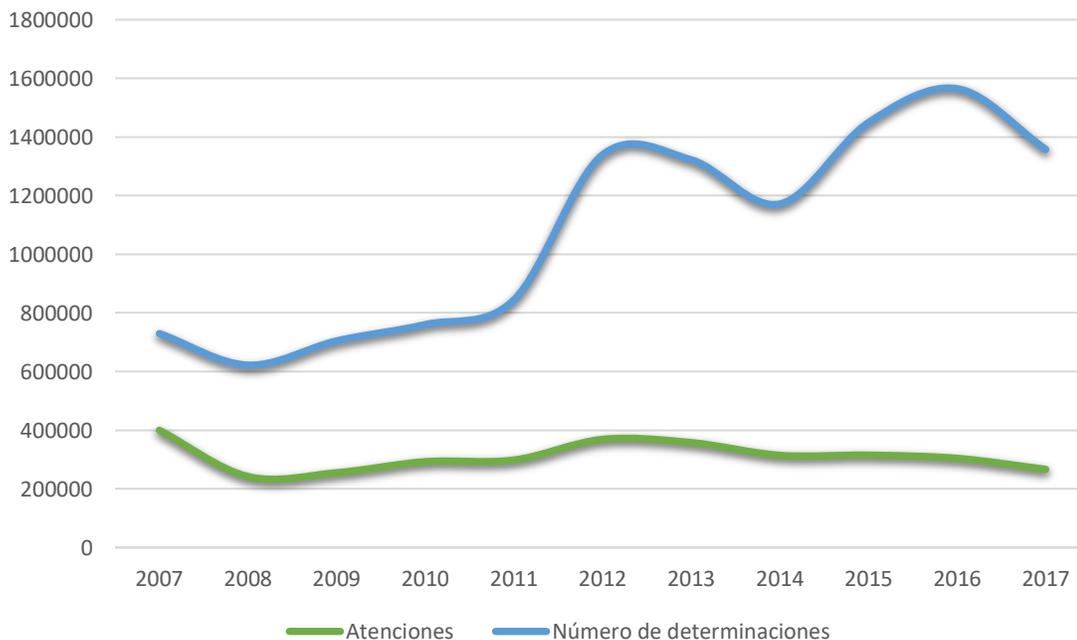
Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Tabla 7. Número de atenciones en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	C. Externa	Hospitalización	Emergencia	Total
2007	355.638	11.931	32.236	399.805
2008	191.801	12.533	37.554	241.888
2009	204.310	11.893	38.691	254.894
2010	225.127	13.141	54.316	292.584
2011	239.710	13.055	45.449	298.214
2012	302.475	15.195	51.106	368.776
2013	302.978	14.699	40.061	357.738
2014	266.080	13.871	34.294	314.245
2015	278.970	13.914	22.123	315.007
2016	271.315	13.590	19.081	303.986
2017	239.410	13.446	13.687	266.543

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Figura 5. Relación atenciones – auxiliares diagnósticos en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017



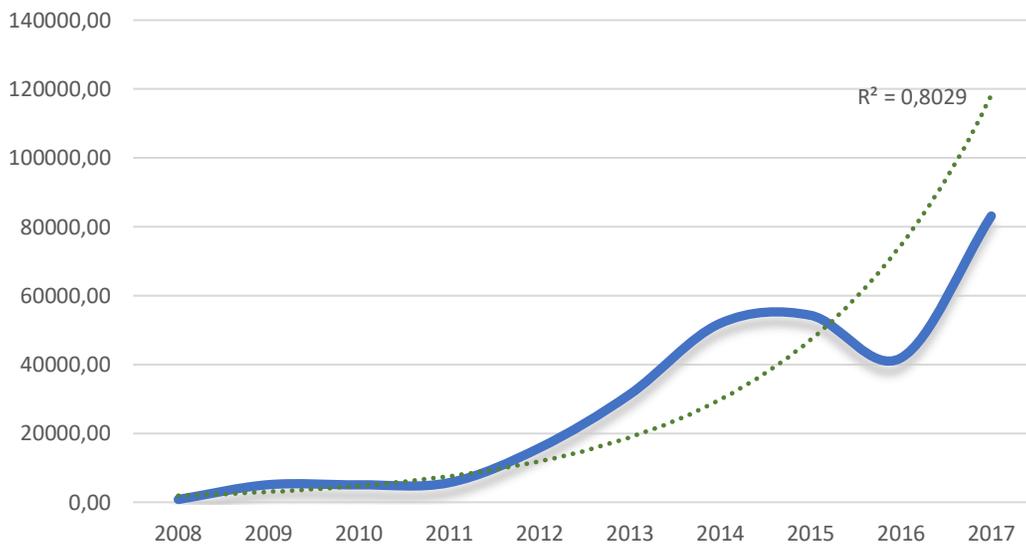
Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Es notorio que desde que el tema de la mala práctica entra en el debate colectivo, los mecanismos de “protección” de los médicos se evidencian en el aumento en la realización de exámenes diagnósticos. Se mantiene constante la atención, pero se modifica de forma importante el número de exámenes realizados.

Es cada vez más común en el argot médico decir que se solicita realizar más auxiliares diagnósticos “para documentar el caso” o “para cubrirse las espaldas” aunque el pedir exámenes de forma innecesaria podría incluso aumentar el riesgo o las complicaciones. Es decir, en el momento de tomar una decisión se piensa en reclamos judiciales antes que en el beneficio del paciente.

El segundo hecho analizado fue el crecimiento de los seguros de responsabilidad civil. Se revisó la información de la Superintendencia de Compañías y Valores. Un análisis más profundo se encuentra en otro capítulo de esta investigación, pero vale la pena mostrar el siguiente gráfico que muestra la tendencia creciente desde que el tema fue llevado al debate público. Ver **Figura 6**

Figura 6. Patrimonio de Empresas de Seguros de Responsabilidad Civil 2008 - 2017



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

Capítulo 6: Resultados Principales

En este capítulo se pretende encontrar la relación entre las políticas públicas, las empresas vinculadas a salud y resultados sanitarios en patologías trazadoras. Se pondrá énfasis en describir el crecimiento de estas empresas y la posible concentración de capitales. Esto último resulta importante ya que existe una entidad gubernamental, la Superintendencia de Control del Poder de Mercado, que tiene por objeto, “Promover y defender la competencia. Controlar el correcto funcionamiento de los mercados para proteger el bienestar general y contribuir al crecimiento económico del país.”

(Superintendencia de Control del Poder de Mercado, s. f.)

No se intenta describir la carga del gasto familiar por servicios de salud o gasto de bolsillo, la idea es describir quien fue el mayor ganador de la implementación de las políticas relacionadas a salud, la salud individual y colectiva o las empresas vinculadas al sector.

Un antecedente importante es que, a partir del nuevo marco normativo vigente desde 2008, se garantiza la gratuidad en salud, el acceso a medicamentos, la priorización a grupos vulnerables y a enfermedades catastróficas. También se propone una serie de medidas que amplían la oferta de servicios y se reajusta el modelo de atención y se modifica por completo el modelo de gestión.

La expansión del sector salud se acompaña de un crecimiento en infraestructura, fuerza laboral, medicamentos, insumos y en general todas las tecnologías, y se da en los ámbitos público y privado. Este crecimiento implica una fuerte erogación que va hacia los grandes comercializadores de bienes y servicios.

Para realizar los análisis siguientes, se utilizó la información procedente de la Superintendencia de Compañías y Valores, Bases de Datos oficiales del Ministerio de Salud y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme – CIIU

Clasificación Industrial Internacional Uniforme

La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) es una codificación estandarizada de las actividades económicas que sirve de referencia para las actividades productivas. Su primera versión fue realizada en 1948 por la Organización de Naciones Unidas. Desde 2006 se encuentra vigente la cuarta revisión (ONU. División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2009) Su principal objetivo es facilitar la agrupación, análisis y difusión de datos estadísticos en relación con estas actividades.

Las actividades económicas están organizadas en niveles mutuamente excluyentes identificadas con códigos alfanuméricos. Las categorías del nivel superior son las denominadas secciones y cubren todo el espectro de actividades productivas divididos en grandes grupos. Estos a su vez, combinan las actividades en función de las similitudes del carácter de los bienes y servicios producidos, los usos a los que se destinan y los insumos y procesos de producción. (ONU. División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2009)

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INEC adaptó el CIIU para la Clasificación Nacional de Actividades Económicas. Las instituciones del sector industrial y productivo han alineado su gestión a partir de esta. El Servicio de

Acreditación Ecuatoriano SAE trabaja con esta clasificación, alineados a la visión país y la Política Industrial. (Servicio de Acreditación Ecuatoriano, s. f.)

En la **Tabla 8** se observa las categorías relacionadas con salud que fueron utilizadas en la presente investigación

Tabla 8. Códigos CIU relacionados con actividades de Salud considerados en el presente estudio

CÓDIGO CIU 4.0	DESCRIPCIÓN
Q8610.01	Actividades a corto y a largo plazo de los hospitales básicos y generales, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (hospitales: comunitarios y regionales, de organizaciones sin fines de lucro, universitarios, de bases militares y de prisiones, del Ministerio de gobierno y policía, del Ministerio de defensa nacional, de la Junta de Beneficencia, del Seguro Social, Fisco Misionales).
Q8610.02	Actividades a corto y a largo plazo de clínicas del día, básicas y generales, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento.
Q8610.03	Actividades a corto y a largo plazo de los hospitales especializados, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (hospitales para enfermos mentales, centros de rehabilitación, hospitales para enfermedades infecciosas, de maternidad, sanatorios especializados, etcétera).

Q8610.04	Actividades a corto y a largo plazo de clínicas especializadas, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (clínicas para enfermos mentales, de rehabilitación, para enfermedades infecciosas, de maternidad, etcétera).
Q8690.21	Actividades de Laboratorios de radiología (rayos X) y otros centros de diagnóstico por imagen.
Q8690.22	Actividades de laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera.
C2100.01	Fabricación de sustancias medicinales activas que se utilizan por sus propiedades farmacológicas en la fabricación de medicamentos: antibióticos, vitaminas básicas, ácido salicílico y acetilsalicílico, etcétera, tratamiento de la sangre, fabricación de medicamentos: antisueros y otras fracciones de sangre, azúcares químicamente puros, productos y extractos endocrinos, vacunas. Incluidos preparados homeopáticos, fabricación y procesamiento de glándulas y extractos glandulares, fabricación de productos químicos anticonceptivos de uso externo y de medicamentos anticonceptivos hormonales, fabricación de preparados para el diagnóstico médico, incluidas pruebas de embarazo, etcétera.
C3250.24	Fabricación de productos oftálmicos, gafas, gafas de sol, lentes de graduación, lentes de contacto, anteojos de protección.
G4649.22	Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios.
G4772.01	Venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados.

K6512.01	Suministros de servicios de seguros distintos de los seguros de vida: seguros de accidentes y contra incendios, seguros médicos, seguros de viajes, seguros de cosas, seguros de transporte por carretera, marítimo y aéreo, seguros contra pérdidas pecuniarias y de responsabilidad civil
K6512.02	Servicios de seguro de medicina prepagada

Fuente: elaboración propia con información de la Clasificación Industrial Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU), revisión 4.

Consolidación de la monopolización de la salud

Actividades de hospitales y clínicas. Q8610

Para esta categoría se agruparon las actividades de los sectores Q8610.01 a Q8610.03 con el siguiente detalle:

Q8610.01: Actividades a corto y a largo plazo de los hospitales básicos y generales, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (hospitales: comunitarios y regionales, de organizaciones sin fines de lucro, universitarios, de bases militares y de prisiones, del Ministerio de gobierno y policía, del Ministerio de defensa nacional, de la Junta de Beneficencia, del Seguro Social, Fisco Misionales).

Q8610.02: Actividades a corto y a largo plazo de clínicas del día, básicas y generales, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento.

Q8610.03: Actividades a corto y a largo plazo de los hospitales especializados, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (hospitales para enfermos mentales, centros de rehabilitación, hospitales para enfermedades infecciosas, de maternidad, sanatorios especializados, etcétera).

Q8610.04: Actividades a corto y a largo plazo de clínicas especializadas, es decir, actividades médicas, de diagnóstico y de tratamiento (clínicas para enfermos mentales, de rehabilitación, para enfermedades infecciosas, de maternidad, etcétera).

Las clínicas y hospitales privados experimentaron un crecimiento importante durante el período de estudio. Sobre la base de las cifras de la Superintendencia de Compañías, los ingresos del sector crecieron de 212.136.506,91 en 2008 a 632.047.528,80 en 2017, es decir 2,98 veces más.

En general, los resultados económicos fueron alentadores durante este período. Los activos casi se triplicaron y la utilidad del ejercicio pasó de 6.638.160,53 a 27.890.108,4 es decir 4,2 veces más.

Los valores totales de estas empresas durante el periodo fueron muy grandes, con ingresos totales de más de cuatro mil millones y utilidades por encima de los 180 millones de dólares. Ver **Tabla 9**

Tabla 9. Actividades de Clínicas y Hospitales clasificadas en el CIU 4.0 en millones de dólares

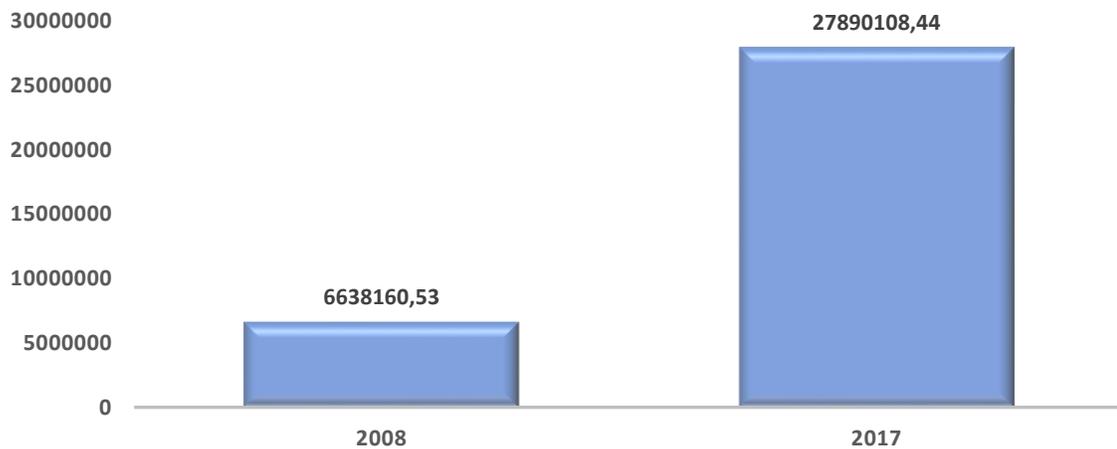
Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	238.663.543,3	6.638.160,53	120.310.197,4	212.136.506,9

2017	715.285.871,6	27.890.108,44	299.254.219,1	632.047.528,8
Total				
2008 a	4.459.228.587,47	182.237.188,24	1.942.706.569,39	4.582.104.124,58
2017				

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

Valores

Figura 7. Utilidades de Clínicas y Hospitales privados en 2008 y en 2017



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

Valores

Sin embargo, este gran crecimiento de las clínicas y hospitales no fue equitativo para todas las empresas. Se evidencia que existe un grupo privilegiado que se benefició de mayor manera de la gran actividad del sector, determinando así una importante concentración de capital.

Un total de 10 empresas que representan el 1,75% de todas (n=573), concentró el 50% de los ingresos, el 58,5% del patrimonio y el 44,8% de las utilidades como se puede observar en la **Tabla 10**

Tabla 10. Resultado de 10 empresas privadas del sector de Clínicas y Hospitales de 2008 - 2017

Resultado de 10 empresas privadas del sector de Clínicas y Hospitales de 2008 - 2017						
(En millones de dólares)						
	Total de Ingresos (% del sector)		Utilidades del Ejercicio (% del sector)		Patrimonio Neto (% del sector)	
Conclina	597.914.404,66	13,05%	14.216.041,41	7,80%	426.721.249,74	21,97%
Grupo Kennedy	437.363.232,96	9,55%	22.728.498,15	12,47%	140.809.552,60	7,25%
Hospital de los Valles	259.478.586,12	5,66%	5.620.070,01	3,08%	259.562.722,88	13,36%
Esculapio - Clínica Alcívar	267.488.839,67	5,84%	5.952.180,19	3,27%	46.254.580,72	2,38%
Clínica Guayaquil	144.389.116,24	3,15%	1.037.586,33	0,57%	12.467.549,60	0,64%
clínica Panamericana Climesa	142.439.612,43	3,11%	7.577.993,17	4,16%	54.086.120,14	2,78%
Manadiálisis	133.353.745,52	2,91%	9.336.731,35	5,12%	27.432.377,30	1,41%
Servicios médicos San Francisco	111.571.868,16	2,43%	11.859.033,75	6,51%	52.573.875,83	2,71%

Centro Médico Pichincha	107.008.614,38	2,34%	-3.019.204,47	1,66%	35.040.517,62	1,80%
Clínica Internacional Intersanitas	93.791.411,46	2,05%	6.267.244,24	3,44%	81.819.524,29	4,21%
Total 10 empresas	2.294.799.431,60	50,08%	81.576.174,13	44,76%	1.136.768.070,72	58,51%

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

Valores

Actividades de Laboratorios de radiología (rayos X) y otros centros de diagnóstico por imagen. Q8690.21

Como se puede apreciar en la **Tabla 11** el crecimiento de este subsector fue moderado, pero con una tendencia importante hacia la concentración de capitales.

Una sola empresa (n:125) que representa menos del 1% acumula el 14% del total de los ingresos.

Diez empresas que representan el 8% (n:125) tienen el 72% de las utilidades, ver el detalle en la **Tabla 12**

Tabla 11. Actividades de Laboratorios de radiología (rayos X) y otros centros de diagnóstico por imagen en el CIU 4.0 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	22.395.476,15	1.022.345,92	7.416.248,39	17.270.418,57
2017	38.523.886,30	1.836.923,16	19.561.783,06	34.272.616,36
Total 2008 - 2017	293.709.106,92	19.075.029,59	124.234.745,75	262.374.515,92

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

Valores

Tabla 12. Acumulado de 1, 5 y 10 empresas de Diagnóstico por imagen periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total	10 empresas	% del total
Total Activos	48.163.598,74	16,40%	113.505.995,05	38,65%	164.450.472,00	55,99%
Utilidad del ejercicio	4.197.790,93	22,01%	10.573.884,70	55,43%	13.693.893,49	71,79%
Patrimonio neto	25.959.300,73	20,90%	51.885.184,56	41,76%	68.138.486,84	54,85%
Total Ingresos	36.887.033,63	14,06%	107.522.125,09	40,98%	156.152.804,52	59,52%

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

Valores

Actividades de laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera.

Q8690.22

Los laboratorios clínicos presentan un crecimiento importante en el período estudiado como se puede observar en la **Tabla 13**.

El patrimonio neto de estas empresas aumentó de 8.420.135,49 a 39.365.457,89 es decir 4,68 veces más.

Las utilidades pasaron de 2.290.720,41 en 2008 a 10.484.694,57 en 2017 es decir 4,58 veces más.

Los ingresos totales durante el periodo de estudio llegaron a 679.804.343,95 millones de dólares.

Tabla 13. Actividades de Laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera en el CIU 4.0 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	16.056.232,34	2.290.720,41	8.420.135,49	31.616.674,30
2017	69.953.603,53	10.484.694,57	39.365.457,89	102.008.815,67
Total 2008 - 2017	390.140.099,16	58.870.795,78	199.389.124,76	679.804.343,95

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

Valores

El importante crecimiento del sector se ve reflejado en muy pocas empresas.

Como se puede ver en la **Tabla 14** una sola empresa representa casi el 40% de las utilidades, 5 empresas que son el 3% del total (n=153) acumulan el 50% del total de activos, y 10 empresas que son el 6,5% de todas las empresas (n=153) abarcaron el 76% de todas las utilidades, el 61,8% del total de activos y el 65% del total de los ingresos.

Tabla 14. Laboratorios clínicos de análisis de sangre, orina, etcétera periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total	10 empresas	% del total
Total Activos	90.021.081,59	23,07%	193.188.114,96	49,52%	241.095.191,80	61,80%
Utilidad del ejercicio	23.417.348,61	39,78%	39.744.164,73	67,51%	45.011.207,28	76,46%
Patrimonio neto	62.131.265,19	31,16%	112.369.476,93	56,36%	131.568.789,36	65,99%
Total Ingresos	180.322.771,19	26,53%	347.038.491,30	51,05%	447.248.026,63	65,79%

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

Valores

Fabricación de sustancias medicinales activas que se utilizan por sus propiedades farmacológicas en la fabricación de medicamentos. C2100.01

Las empresas que fabrican sustancias medicinales activas durante el periodo del estudio fueron 243 y experimentaron un crecimiento importante llegando a triplicar su

patrimonio y utilidades, con ingresos que sobrepasaron los mil millones de dólares para 2017.

Vale la pena señalar que los montos manejados por estas industrias en el período fueron muy grandes, con ingresos totales de más de ocho mil millones. Ver la

Tabla 15

Tabla 15. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas clasificadas en el CIU 4.0 como C2100.01 entre 2017 y 2008 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	311.639.260,52	15.260.763,72	101.590.895,05	510.232.367,51
2017	878.192.342,43	42.497.134,70	341.873.023,74	1.001.467.025,87
Total 2008 a 2017	6.651.798.227,02	280.120.069,71	2.278.564.576,11	8.488.901.151,75

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

Valores

Nuevamente se evidencia la concentración de capitales en pocas empresas.

Del total de estas 243 empresas, 5 es decir el 2% del total de empresas, tuvieron el 61% de los ingresos; y 10, que representan el 4% alcanzaron el 70% de los activos, las utilidades, el patrimonio y los ingresos en el periodo de estudio. Ver **Tabla 15** y

Tabla 16

Tabla 16. Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total	10 empresas	% del total
Total Activos	1.315.246.903,22	19,77%	3.521.603.511,67	52,94%	4.705.761.863,52	70,74%
Utilidad del ejercicio	47.241.904,92	16,86%	113.762.355,07	40,61%	193.102.333,51	68,94%
Patrimonio neto	290.829.714,65	12,76%	1.029.555.865,83	45,18%	1.583.614.478,31	69,50%
Total Ingresos	2.618.067.234,69	30,84%	5.239.763.051,68	61,72%	6.461.014.138,44	76,11%

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

Tabla 17. Ranking de las 10 empresas de fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales periodo 2008 – 2017 (CIU 4.0 / C2100.01)

RANKING	EMPRESA
1	QUIFATEX SA
2	ROCHE ECUADOR S.A.
3	NOVARTIS ECUADOR S.A.
4	LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS ECUATORIANOS LIFE / GENERICOS AMERICANOS, GENAMERICA S.A.
5	ACROMAX LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO SA
6	TECNANDINA SA TENSA

7	LABORATORIOS SIEGFRIED S.A.
8	NEFROCONTROL S.A.
9	FARMAYALA PHARMACEUTICAL COMPANY S.A. (FPC)
10	CARVAGU S.A.

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

Valores

Fabricación de productos oftálmicos, gafas, gafas de sol, lentes de graduación, lentes de contacto, anteojos de protección. (C3250.24)

Si bien este rubro no es tan importante en lo que respecta a montos invertidos, es un buen ejemplo de monopolización. Una sola empresa (Centro Óptico Indulentes S.A.) de las 19 del sector abarcó el 80% de los activos y casi el 90% del patrimonio y las utilidades. Ver **Tabla 18** y **Tabla 19**

Tabla 18. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas clasificadas en el CIU 4.0 como C3250.24 entre 2017 y 2008 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	1.523.787,05	143.731,74	597.310,58	2.977.199,25

2017	9.412.750,20	1.115.752,05	4.001.001,69	11.085.718,81
Total 2008 a 2017	54.469.400,88	6.336.778,17	21.783.520,61	68.981.875,82

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

Valores

Tabla 19. Fabricación de productos oftálmicos periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total. Una sola empresa

	1 empresa	% del total
Total Activos	43.337.511,56	79,56%
Utilidad del ejercicio	5.686.898,25	89,74%
Patrimonio neto	19.505.367,56	89,54%
Total Ingresos	53.055.144,40	76,91%

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

Valores

Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22)

Este es un grupo muy grande, cuenta con 1000 empresas que en los 10 años del período de estudio presentaron ingresos totales por más de 24 mil millones de dólares. Ver **Tabla 20**

Tabla 20. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas dedicadas a la venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) entre 2017 y 2008 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	882.000.699,69	46.223.936,89	311.477.985,28	1.678.833.912,85
2017	1.771.365.228,78	134.690.931,35	522.167.038,55	3.142.623.906,79
Total 2008 a 2017	13.411.653.930,41	686.703.362,86	4.233.499.893,51	24.658.126.378,16

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

Valores

Nuevamente se evidencia una concentración de capitales mucho más marcada en pocas empresas.

Del total de las 1000 empresas, apenas diez, que representan el 1% del total, tuvieron el 60% de los ingresos y las utilidades. Ver **Tabla 21** y **Tabla 22**

Tabla 21. Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total	10 empresas	% del total
Total Activos	1.766.202.683,43	13,17%	5.584.784.479,66	41,64%	7.288.977.774,38	54,35%
Utilidad del ejercicio	86.807.119,69	12,64%	260.278.865,80	37,90%	411.038.595,75	59,86%
Patrimonio neto	292.993.359,37	6,92%	1.448.876.086,30	34,22%	2.374.957.414,98	56,10%
Total Ingresos	4.840.202.624,19	19,63%	11.865.888.709,26	48,12%	15.140.150.130,46	61,40%

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

Tabla 22. Ranking de las 10 empresas de Venta al por mayor de productos farmacéuticos, incluso veterinarios. (G4649.22) periodo 2008 – 2017

RANKING	EMPRESA
1	DISTRIBUIDORA FARMACEUTICA ECUATORIANA (DIFARE) S.A.
2	LETERAGO DEL ECUADOR S.A / MEGALABS-PHARMA S.A.
3	FARMAENLACE CIA. LTDA / ORCEVAL DISTRIBUCIONES CIA. LTDA.
4	ECUAQUIMICA ECUATORIANA DE PRODUCTOS QUIMICOS CA
5	BAYER S.A.
6	JOHNSON & JOHNSON DEL ECUADOR SA
7	MERCK SHARP & DOHME (INTER AMERICAN) LLC.

8	PFIZER CIA. LTDA.
9	ABBOTT LABORATORIOS DEL ECUADOR CIA. LTDA.
10	ECUAFARMACIAS & ASOCIADOS S.A.

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

Valores

Venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01)

Este es un grupo grande, cuenta con 206 empresas que en los 10 años del período de estudio presentaron ingresos totales por más de 7 mil millones de dólares.

Ver **Tabla 23**

Tabla 23. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas dedicadas a la venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) entre 2017 y 2008 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	159.447.655,51	14.534.484,33	49.875.740,00	495.082.257,36
2017	457.802.941,39	12.984.127,44	76.910.052,45	839.749.910,63
Total 2008 a 2017	3.113.447.115,85	151.360.741,83	641.498.342,62	7.426.794.778,19

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

Valores

Esta categoría presenta una gran concentración de capitales.

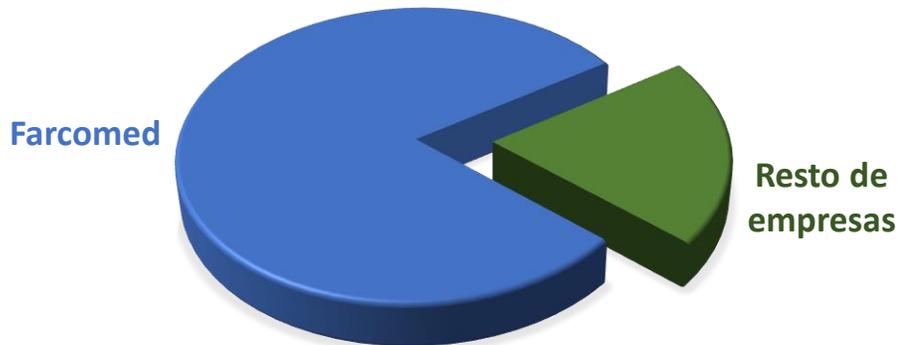
Una sola empresa FARCOMED, acumula casi el 80% de las utilidades y del patrimonio del sector. Cinco empresas que representan el 2,4% acumulan el 85% de los activos y el 83% del patrimonio neto de las empresas del grupo. Ver **Tabla 24**, **Tabla 25** y **Figura 8**

Tabla 24. Venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total
Total Activos	2.475.765.129,88	79,52%	2.649.311.188,78	85,09%
Utilidad del ejercicio	108.682.229,75	71,80%	121.835.692,42	80,49%
Patrimonio neto	508.202.869,58	79,22%	535.373.315,24	83,46%
Total Ingresos	5.567.654.919,27	74,97%	6.281.844.331,35	84,58%

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

Figura 8. Venta al por menor de productos farmacéuticos. Total activos 2008 - 2017



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

Tabla 25. Ranking de las 5 empresas de venta al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. (G4772.01) periodo 2008 – 2017

RANKING	EMPRESA
1	FARMACIAS Y COMISARIATOS DE MEDICINAS SA FARCOMED
2	FARMASERVICIO S.A. FARMACEUTICA Y SERVICIO
3	FARMAMIA CIA. LTDA.
4	COMPAÑÍA FARMACEUTICA VERA S.A. COFARVE
5	FARMACIAS SANTAMARTHA S.A.

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

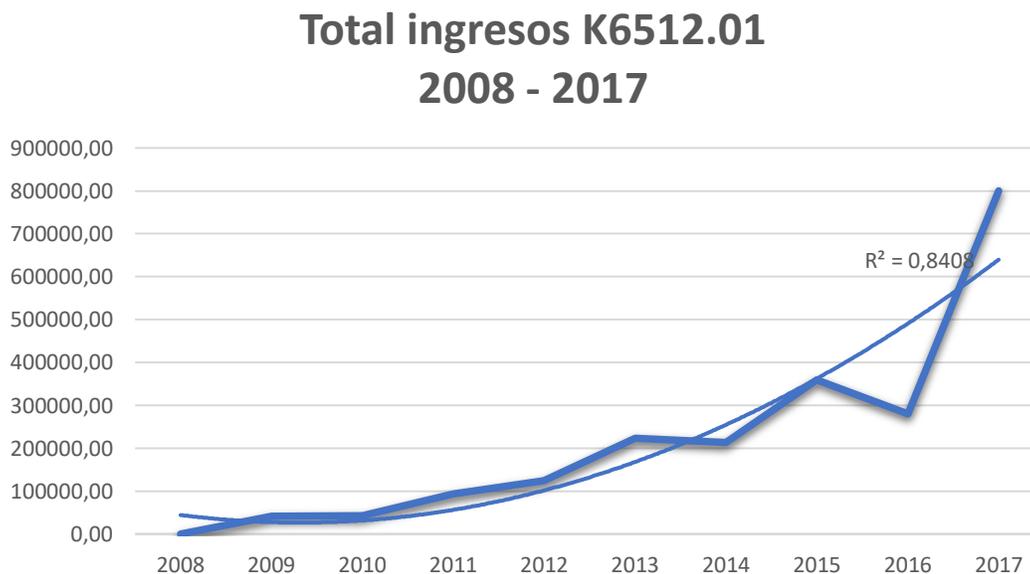
Suministros de servicios de seguros distintos de los seguros de vida. (K6512.01)

Este es un grupo pequeño, con ingresos que llegan a 2.177.435,39 en el periodo de estudio. Incluye seguros distintos a los seguros de vida, entre ellos, los seguros de responsabilidad civil, dicho en términos más coloquiales, los seguros de mala práctica profesional.

Es muy llamativo el crecimiento que presenta a partir de que este tema entra en el debate público y termina en la aprobación del nuevo Código Orgánico Integral Penal, incrementándose casi 20 veces en el periodo de estudio como se puede ver en la

Figura 9

Figura 9. Ingresos en empresas de seguros de Responsabilidad civil periodo 2008 - 2017



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

Valores

Servicios de seguro de medicina prepagada. (K6512.02)

Las 67 empresas de medicina prepagada han mostrado un importante crecimiento en este período, las utilidades pasaron de 6.211.026,59 en 2008 a 29.228.087,64 en 2017 es decir 4,7% más y los activos y el patrimonio se triplicaron. El valor total de los ingresos durante el período de estudio fue de 3.354.569.083,06. **Tabla 26**

Tabla 26. Relación de Activos, utilidades, patrimonio e ingresos de las empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) entre 2017 y 2008 en millones de dólares

Año	Total Activo	Utilidad del ejercicio	Patrimonio neto	Total ingresos
2008	55.306.259,76	6.211.026,59	21.161.132,85	183.016.285,05
2017	168.287.116,04	29.228.087,64	64.855.921,43	496.271.603,97
Total 2008 a 2017	1.125.768.769,92	151.903.990,64	393.945.648,39	3.354.569.083,06

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

Valores

La concentración de capitales en pocas empresas es una constante que se mantiene en este rubro.

*Del total de las 67 empresas, 10 (15% del total) tuvieron el 95% de los ingresos, 90% de los activos y el 97% de las utilidades. Ver **Tabla 27**,*

Tabla 28 y Figura 10

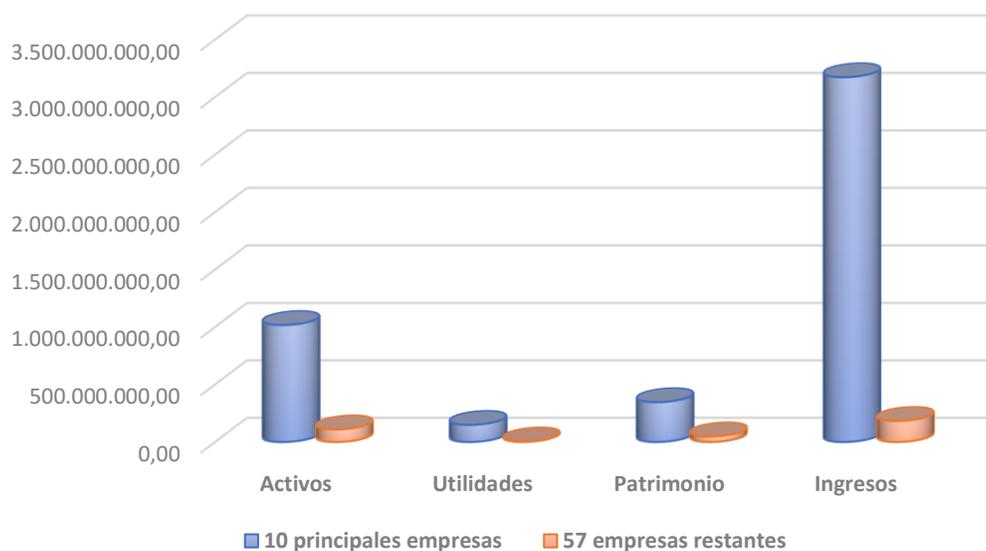
Tabla 27. Empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) periodo 2008 – 2017 en millones de dólares y porcentaje del total

	1 empresa	% del total	5 empresas	% del total	10 empresas	% del total
Total Activos	263.805.622,46	23,43%	791.908.431,05	70,34%	1.016.896.666,88	90,33%
Utilidad del ejercicio	83.183.097,38	54,76%	128.709.264,31	84,73%	148.001.727,44	97,43%
Patrimonio neto	94.329.145,49	23,94%	264.419.515,40	67,12%	345.589.074,76	87,73%
Total Ingresos	1.162.110.490,42	34,64%	2.738.141.412,57	81,62%	3.172.424.694,58	94,57%

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

Valores

Figura 10. Empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) en 2017 y en 2008



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

Tabla 28. Ranking de las 10 empresas de seguro de medicina prepagada. (K6512.02) periodo 2008 – 2017

RANKING	EMPRESA
1	SALUDSA SISTEMA DE MEDICINA PRE-PAGADA DEL ECUADOR S.A.
2	BMI IGUALAS MEDICAS DEL ECUADOR S.A.
3	ECUASANITAS SA
4	MEDICINA PARA EL ECUADOR MEDIECUADOR-HUMANA S.A.
5	BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA
6	MEDICINA PREPAGADA CRUZBLANCA S.A.
7	CONFIAMED S.A.
8	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA INMEDICAL MEDICINA INTERNACIONAL S.A.
9	MEDIKEN MEDICINA INTEGRAL KENNEDY SA
10	TECNISEGUROS S.A. AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS

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

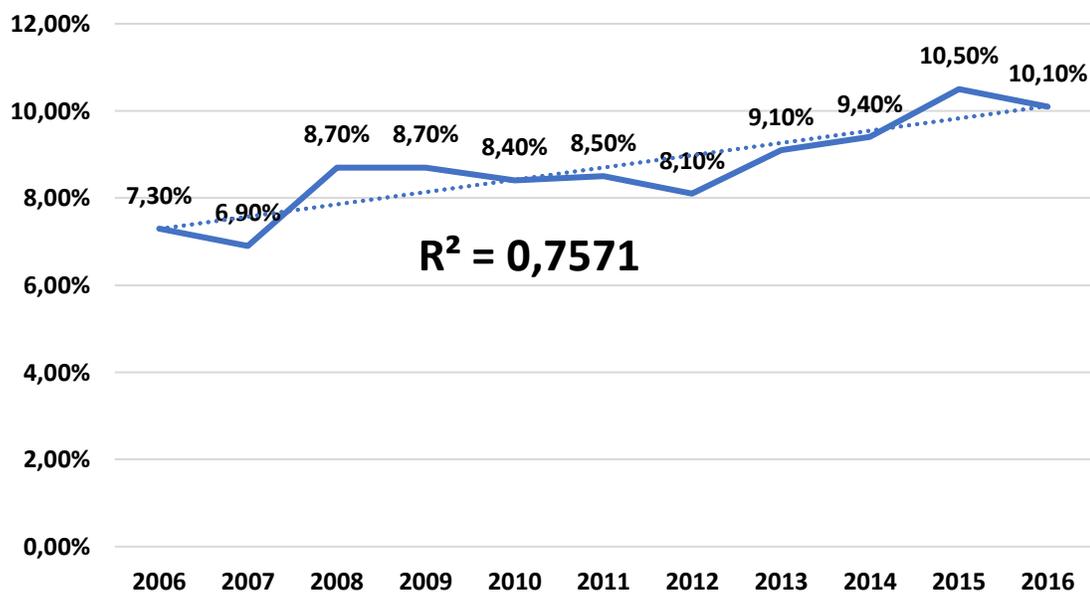
Resultados en Salud

Para presentar estos resultados se acudió a los registros del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Se consideró variables duras y de impacto sobre la salud pública.

Un indicador trazador es el porcentaje de Nacidos vivos de bajo peso, contrariamente a lo que se esperaría la tendencia fue al alza como se puede notar en la

Figura 11

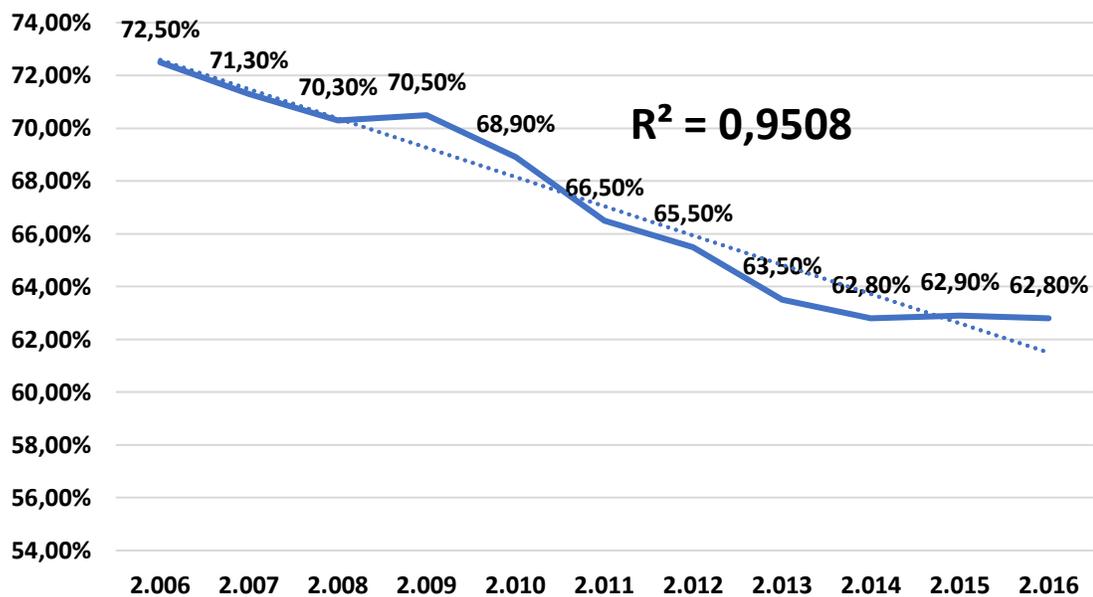
Figura 11. Nacidos vivos < 2500g periodo 2006 – 2016



Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

El otro indicador importante contra la medicalización es el porcentaje de parto normal, que como se puede percibir en la **Figura 12** bajó considerablemente, obviamente el número de cesáreas aumentó.

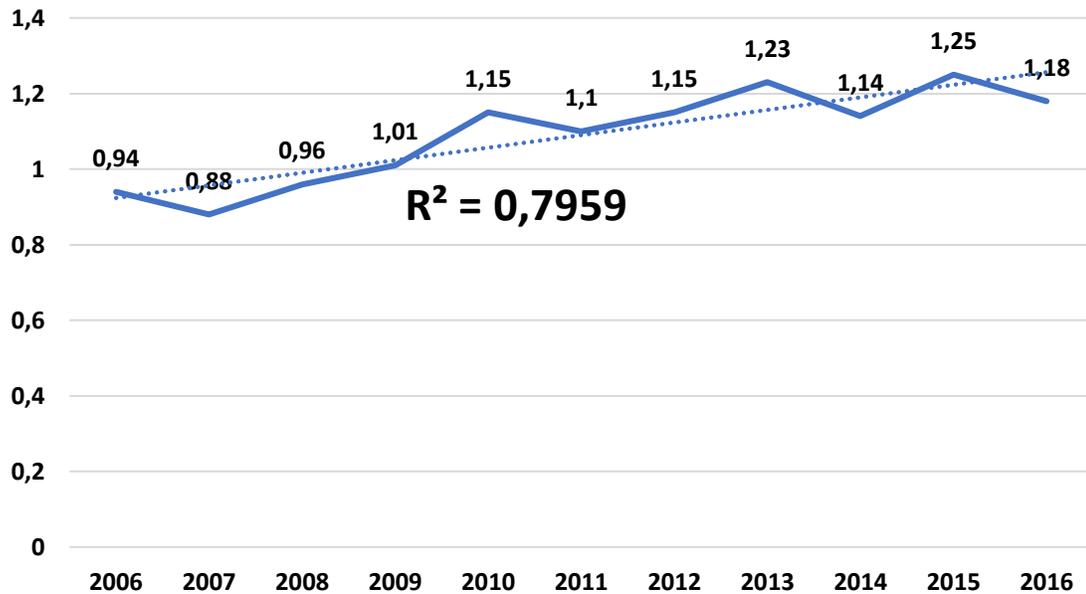
Figura 12. Tendencia de Partos normales en el periodo 2006 - 2016



Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Un indicador importante que muestra la eficiencia de los servicios es la mortalidad hospitalaria luego de 48 horas de hospitalización. La tendencia nuevamente es ascendente como se parecía en la **Figura 13**

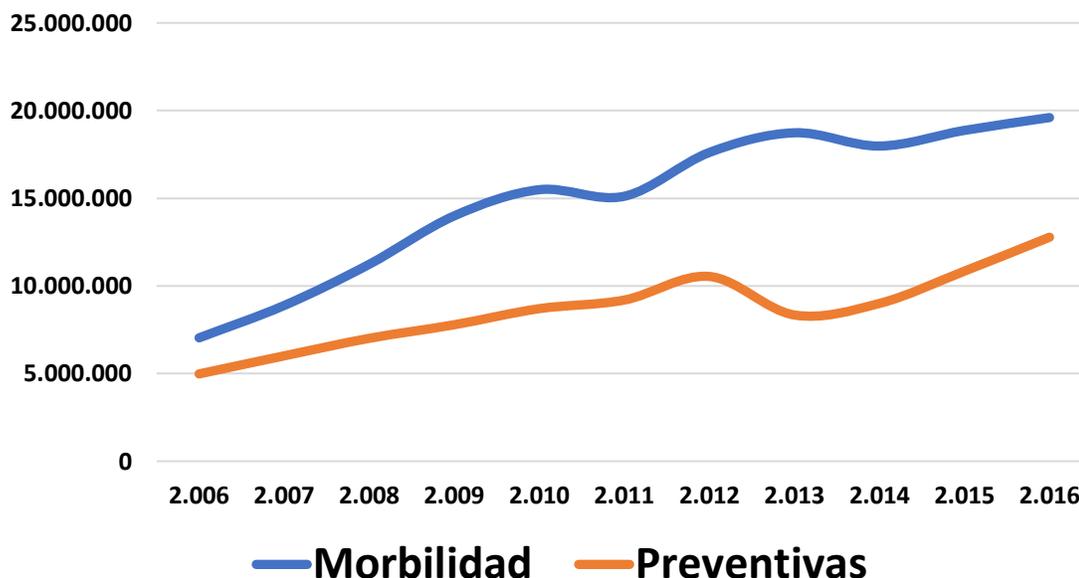
Figura 13. Mortalidad hospitalaria (>48h internación) durante el periodo 2006 - 2016



Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Lo que se mostró como un éxito y prueba fehaciente del éxito en salud fue el número de consultas. Como se puede ver en la **Figura 14** la brecha entre consultas preventivas y de morbilidad se fue ampliando para dar paso a un crecimiento muy importante de las consultas de morbilidad.

Figura 14. Producción de consultas por tipo de atención durante el periodo 2006 - 2016



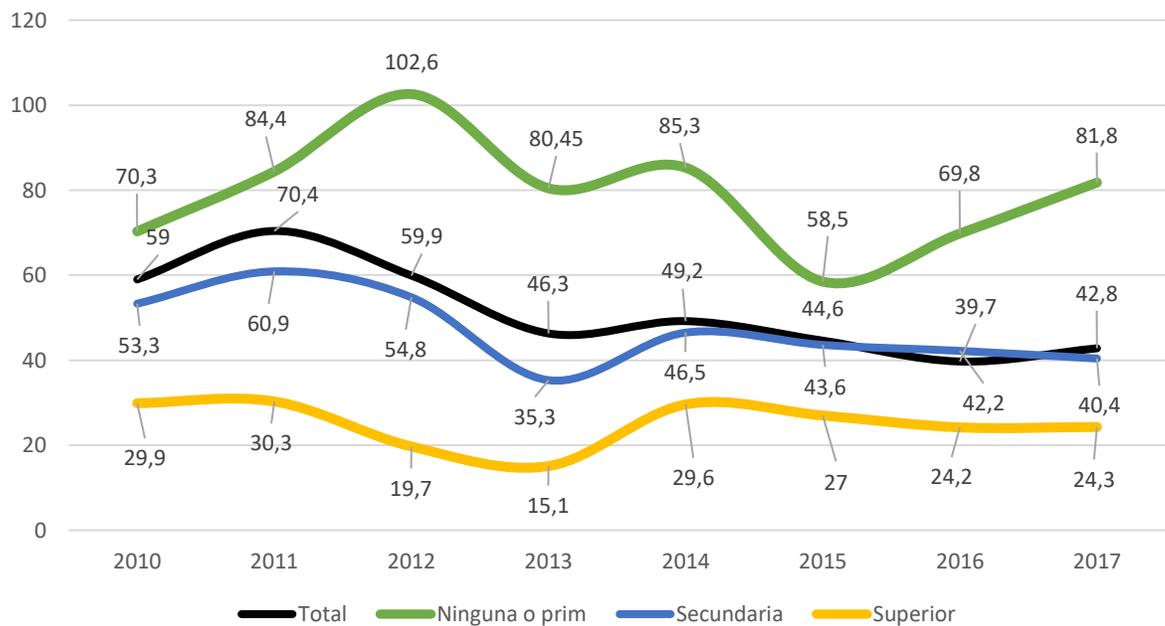
Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Finalmente vale la pena analizar qué pasó con la muerte materna. Este es un indicador trazador de gran importancia por el gran impacto que tiene en la sociedad. En 1990 la razón de mortalidad materna era de 153,5 (por 100.000 nacidos vivos) según datos del INEC ajustados con el subregistro y descendió a 91,3 en 2008 que inicia el período de estudio, para terminar en 42,8 en 2017.

Estos datos, en principio alentadores, esconden una inequidad importante. Haciendo un ajuste de los valores por nivel de instrucción se puede notar que durante el período de estudio la mortalidad disminuyó efectivamente en las mujeres que tenían nivel de estudio secundario o superior, pero en aquellas que no tenían ninguno o llegaban a la primaria, contrariamente aumentó.

Si consideramos el nivel de instrucción como un proxy de condición socio económica, quiere decir que las políticas de reducción de muerte materna favorecieron a quienes más posibilidades tenían. La proporción entre estos dos grupos varió de 2,35 en 2010 a 3,36 en 2017, es decir, la brecha de desigualdad aumentó como se puede observar en la **Figura 15**

Figura 15. Razón de Mortalidad materna por nivel de instrucción (rmm x 100.000 Nv) 2010 - 2017



Fuente: elaboración propia con datos del INEC, bases de datos nacimientos y defunciones, 2017

Capítulo 7: Conclusiones

Desarrollo y Salud

Ecuador fue parte de los gobiernos autodenominados progresistas de América latina, una coyuntura interesante que planteaba enfrentar al Neoliberalismo que campeaba en la región desde finales del siglo anterior.

Contrariamente a lo que se anunciaba, se construyó un estado grande pero débil que lo que hizo fue favorecer con su estructura el crecimiento de las grandes corporaciones privadas (Maldonado et al., 2017). Salud es el ejemplo más claro de como el Estado con sus políticas favoreció el crecimiento y la acumulación de grandes capitales ligados a la salud. Este hecho se vuelve más importante luego de la firma del Acuerdo Comercial con la Unión Europea en el que se acepta la protección de datos de prueba y otras medidas absolutamente neoliberales y que atentan contra el derecho y el acceso a la salud.

El debate más importante desde los años 80 del siglo pasado sigue girando en torno a lo público y lo privado, pero en el presente estudio se puede comprobar que tanto el sector público como el privado terminan favoreciendo al Complejo Médico Industrial. El debate debe plantearse en torno a otros temas que afectan a ambos, como son la calidad de gasto, la judicialización del acceso, el encarnizamiento terapéutico y diagnóstico, y la prevención cuaternaria.

En el presente estudio se demuestra que un discurso que interpreta de forma errónea el “derecho a la salud” termina favoreciendo a las grandes corporaciones

transnacionales a través de la mercantilización de la salud, sin tener un impacto real sobre variables de importancia sanitaria.

El modelo de “desarrollo” se consolida como política pública desde la posguerra e independiente de la ideología que lo acoja, tiene la misma cara: depredación, acumulación, homogenización, crecimiento sin límites. Su correlato en salud es el mismo, exceso de cuidados por encima de la evidencia y la seguridad del paciente, tecnología de última generación que no mejora en nada la salud individual ni colectiva.

Es evidente que el discurso del desarrollo en salud y las políticas que lo sostienen no ha sido ideado para solucionar los problemas importantes en salud pública, sino que ha sido perversamente ideado para que el Complejo Médico Industrial pueda sostenerse.

La alternativa es empezar a concebir a la salud desde una perspectiva distinta, que rompa con esa dualidad salud-enfermedad. Que se conciba como una cualidad inherente a la existencia humana, en relación armónica con su entorno, humano y no humano. Que se sustente en la ética del cuidado y que ese cuidado no se delegue a la gran industria que lo que busca es aumentar sus ganancias a costa de la dignidad humana.

La conclusión es radical y es impopular, pero considero que es el momento de empezar a hablar de decrecer en salud. No es suficiente buscar el acceso universal, sino que la salud sea de calidad, una salud pensada en los principios que inspiraron el buen vivir. Avanzar retrocediendo.

Mercantilización de la salud

Uno de los resultados más importantes ha sido mostrar la concentración y monopolización de capitales por parte de grupos económicos vinculados al sector salud en el período de estudio.

También nos ha permitido visibilizar e identificar a las principales empresas vinculadas al sector salud

Un Sistema de Salud que promueve la Atención Primaria como eje estructurante no puede orientar sus políticas hacia la mercantilización de la Salud. Aumentar la oferta de servicios por un lado y por otro favorecer la demanda inducida por el proveedor termina en un aumento irracional del consumo de medicamentos y otras tecnologías en salud. Una estrategia mal estructurada de APS tiene el riesgo de no mejorar la salud sino mejorar los negocios ligados a la salud.

Un hecho que ejemplifica esto, es que mientras, el Estado regula los mecanismos de promoción y publicidad de medicamentos, con lo que se controla la automedicación, lo que es bueno y se aplaude. Pero por otro lado genera mecanismos que incentivan el consumo, como son eliminar las restricciones para instalar farmacias o recomendar más medicamentos de los que lo hace la propia Organización Mundial de la Salud. Este hecho llevó a ser el país que más farmacias tiene por habitante de la región (Ortiz-Prado et al., 2014), lo que coincide plenamente con los resultados encontrados.

La demanda inducida genera gastos incontrolables en salud que, en el contexto de la gratuidad y las experiencias de judicialización, se convierte en un tiro al pie. No hay presupuesto que pueda sostener el gasto infinito que se viene. Puede ser la

antesala de una gran privatización que termine fortaleciendo la segmentación ya presente en nuestro débil Sistema de Salud.

Si antes los intereses económicos del Complejo Médico Industrial habían sido lo suficientemente fuertes como para incidir en las decisiones de los prescriptores, ahora han rebasado infinitamente ese poder al incidir sobre las políticas públicas.

Estado a favor de las empresas

Clásicamente se ha visto que existe un patrón de acumulación de capital a partir de dos lógicas distintas, una pública y otra privada.

La privada que trasladaba los costos al usuario final cada vez era menos eficiente para lograr su objetivo ya que los pacientes no lograban cubrir todos los gastos.

Cuando se abre un mecanismo constitucional que obliga al Estado a cubrir ese gasto, vía subsidio a la demanda, por ejemplo, el mecanismo se vuelve eficiente ya que se garantiza el pago a las grandes industrias. El discurso anti privatizador gana fuerza y da réditos políticos, no da salud de calidad.

Es un error conceptual cerrar el debate Complejo Médico Industrial versus Privatización. El CMI se nutre del ejercicio exagerado e irracional de la medicina, y de un buen pagador. La coyuntura política de los últimos 20 años en la región a través de sus políticas y gracias al alto costo de los commodities²⁷ permitió que el CMI se

²⁷ **“Un commodity es un material tangible que se puede comerciar, comprar o vender.** Al encontrarse sin procesar, no posee ningún valor añadido o diferencial más allá de su proveniencia, por eso **se suele usar**

consolide. El flujo importante de recursos movilizados desde el sector público para fortalecer al sector privado debe ser considerado como un mecanismo de privatización.

Es necesario consolidar el acceso universal, pero con una salud pensada desde el Buen vivir, es decir desde una lógica que entienda la salud como una integralidad con el mundo que nos rodea.

Durante el periodo de estudio, el nuevo marco constitucional que garantiza la gratuidad del acceso a salud por un lado y por otro incentiva la demanda, deja como resultado un incremento económico descomunal de todas las industrias vinculadas a Salud. En otras palabras, fortalece el Complejo Médico Industrial, pero sin obtener mejoras importantes en calidad y cantidad de salud y vida digna.

El estado, en su obligación de cumplir el derecho garantizado en la Constitución, se ve obligado a transferir fondos al sector privado para que cubra esta brecha en la demanda. Es decir, este mecanismo se convierte en una justificación para privatizar, pero desde una lógica distinta en la que el estado transfiere fondos hacia los privados. Un postulado neoliberal es justamente focalizar la atención centrada en la demanda.

Otro mecanismo de consolidar la concentración de capitales y monopolios en salud es un modelo de gestión de baja descentralización, que tiene impacto en los mecanismos de compra, uno de los más importantes es el de Subasta Inversa Corporativa.

Bajo esta modalidad se agrupa a todos los actores públicos del sistema: Ministerio de Salud Pública – MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas – ISSFA, e Instituto de Seguridad

como materia prima para fabricar productos más refinados.” Tomado de:
<https://universidadeuropea.com/blog/que-son-los-commodities/>

Social de la Policía Nacional – ISSPOL y se plantea una compra centralizada de muy grandes volúmenes.

Como los precios se van regulando hacia abajo a partir de un precio referencial, es muy probable que los únicos que puedan competir sean empresas grandes que desplacen a las medianas y pequeñas. Con este mecanismo, a más de consolidar los grandes grupos monopólicos, se corre el riesgo de desabastecer medicamentos esenciales pero que sean de bajo costo, como sucede con los de muerte materna (Mena et al., 2015). Este mecanismo se puede prestar también para prácticas colusorias.

Definición de salud

No se ha cuestionado como la Salud se convirtió en un dispositivo para incrementar las ganancias y dinamizar este sector desde el surgimiento del “desarrollo”.

La salud entendida desde la definición de la Organización Mundial de la Salud se ha convertido en un fin casi inalcanzable, como el “desarrollo”.

Debemos trabajar en deconstruir el concepto de que salud es igual a más doctores, hospitales o medicamentos para entenderla como esa capacidad de relacionarnos con el ambiente, con el cuidado, con el apego, con una alimentación saludable. No es lógico promover políticas extractivistas para tener fondos para construir hospitales oncológicos, que no serían necesarios si dejáramos el petróleo bajo tierra.

Colocar un filtro técnico, ético, digno y humano a la provisión de servicios es un tema sensible, una papa caliente que nadie quiere tomar porque es impopular. El discurso ganador siempre va dirigido hacia más salud, sin importar de que salud hablamos ni el costo que estamos dispuestos a pagar por eso.

Definir políticas públicas que permitan reinterpretar la salud para cambiar la concepción salud – enfermedad:

- Que se conciba como una cualidad inherente a la existencia humana, en relación armónica con su entorno, humano y no humano.
- Que se sustente en la ética del cuidado y que ese cuidado no se delegue a la gran industria que lo que busca es aumentar sus ganancias a costa de la dignidad humana
- Que las políticas de industrias, agricultura y comercio sean evaluadas por el Ministerio de Salud, para evitar que las fuentes más importantes de agua sean concesionadas a las grandes industrias de las bebidas azucaradas; que se controle el uso de medicamentos de uso humano en actividades de agronegocio;
- Que las recomendaciones de los instrumentos normativos del MSP estén acorde a la normativa internacional de alta calidad.
- Que se prohíba la participación de personas con conflictos de interés en todas las instancias estatales de toma de decisión.
- Que se controle de forma efectiva y real la Publicidad de medicamentos, de auxiliares de diagnóstico y de servicios de medicina.

- Que se prohíban mecanismos de promoción de hábitos insanos en salud, como bebidas alcohólicas, cigarrillos, bebidas azucaradas en actividades deportivas, educativas y aquellas destinadas a una vida saludable.
- Que más allá de las notas informativas de riesgo en los alimentos procesados, se prohíba se comercialización si sus componentes sobrepasan los niveles de riesgo.

Recomendaciones

Esta investigación abre un camino para ahondar en otros temas como la financiarización de la salud, integración horizontal y vertical de grupos económicos ligados a la salud, mapeo de actores y puertas giratorias, líneas de investigación y CMI, rol de la Academia, entre otros.

Es necesario ampliar otras investigaciones que permitan relacionar las empresas del sector salud con los principales grupos económicos locales y transnacionales. Encontrando mecanismos de integración horizontal y vertical de los mismos.

Elaborar un mapeo de actores que permita visibilizar el mecanismo conocido como “puerta giratoria” mostrando como se pasa del Estado a las Empresas privada con marcados conflictos de interés.

Deja también la idea de desarrollar un mecanismo nuevo de análisis de políticas públicas que vaya más allá de la verificación de cumplimiento de indicadores, sino que integre variables diversas y de otros ámbitos para que reflejen una intencionalidad más cercana a lo real.

Queda pendiente encontrar la ligazón de dos construcciones conceptuales como son la mercantilización, la medicalización de la salud y Modelo Médico Hegemónico.

Bibliografía

Aguayo-Albasini, J. L., Flores-Pastor, B., & Soria-Aledo, V. (2014). Sistema GRADE:

Clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cirugía Española*, *92*(2), 82-88.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.08.002>

Alexander, J. A., Morrissey, M. A., & Shortell, S. M. (1986). Effects of Competition,

Regulation, and Corporatization on Hospital-Physician Relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*(3), 220-235. <https://doi.org/10.2307/2136743>

Andreazzi, M. de F. S. de, & Kornis, G. E. M. (2008). Padrões de acumulação setorial:

Finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(5), 1409-1420. [https://doi.org/10.1590/S1413-](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500007)

[81232008000500007](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500007)

Arouca, S. (1986). *Ministério da Saúde do Brasil. 8a Conferência Nacional de Saúde.*

Relatório final.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

Arrieta, A. (2015). Over-utilization of cesarean sections and misclassification error.

Health Services and Outcomes Research Methodology, *15*(1), 54-67.

<https://doi.org/10.1007/s10742-014-0132-y>

Constitución Ecuador 1945, 51 (1945). [https://www.cancilleria.gob.ec/wp-](https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1945.pdf)

[content/uploads/2013/06/constitucion_1945.pdf](https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1945.pdf)

Constitución Política del Ecuador 1998, 103 (1998).

<https://www.asambleanacional.gob.ec/documentos/biblioteca/constituciones-del-ecuador/Constitucion-1998/1998-Documento-original.pdf>

Constitución del Ecuador, (2008).

http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

Código Orgánico Integral Penal, Registro Oficial Suplemento 180 del 10-Feb-2014

(2014). <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2020/01/LI-Codigo-Integral-Penal-COIP.pdf>

ASCOFAME. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2008). *Fundamentos en Salud Familiar* (Primera Edición).

Babbie, E. R., & Babbie, E. R. (1999). *The basics of social research*. Wadsworth Publishing.

Bal, S. B. (2009). An Introduction to Medical Malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 467(2), 339-347.

<https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2>

Bardey & Lesur. (2006). Optimal Regulation of Health System with Induced Demand and Ex Post Moral Hazard. *Annales d'Économie et de Statistique*, 83/84, 279.

<https://doi.org/10.2307/20079171>

Bellón Saameño, J. Á. (2006). Demanda inducida por el profesional: Aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención Primaria*, 38(5), 293-298.

<https://doi.org/10.1157/13092989>

Bonache-Pérez, J. (1999). El estudio de casos como estrategia de construcción teórica: Características, críticas y defensas. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 3, 123-140.

Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre*

- Determinantes Sociales de la Salud* (1ra Edición). Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.
- Breilh, J. (2013). *La Determinación Social de la Salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)*. VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia, 2013, Colombia.
- Campaña, A. (2018). Presentación del Tomo 3. En *Ciencias en Salud Colectiva y Terapias Integrativas* (1ra Edición, Vol. 3, p. 352). Corporación Editora Nacional.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico* (Primera edición en español). Siglo XXI Editores.
- Canguilhem, G. (1998). La salud, concepto vulgar y problema filosófico. *Sociología: Revista De La Facultad De Sociología De Unaula*, 21, 151-158.
- Caponi, S. (1997). *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. 4(2), 287-307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>.
- Carlsen, F., & Grytten, J. (1998). More physicians: Improved availability or induced demand? *Health Economics*, 7(6), 495-508. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199809\)7:6<495::AID-HEC368>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199809)7:6<495::AID-HEC368>3.0.CO;2-S)
- Carlsen, F., & Grytten, J. (2000). Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*, 19(5), 731-753. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00044-8](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00044-8)
- Carmichael, L. P. (1977). Consumerism in Health Care Services. *Phylon* (1960-), 38(3), 249-252. <https://doi.org/10.2307/274586>
- CEPAL. (1974). *Declaracion de Cocoyoc* (p. 17). CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/34958>

- Chimonas, S., Brennan, T. A., & Rothman, D. J. (2007). Physicians and Drug Representatives: Exploring the Dynamics of the Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 184-190. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0041-z>
- Caso Albán Cornejo y otros VS. Ecuador, (Corte Interamericana de Derechos Humanos 22 de noviembre de 2007).
http://www.corteidh.or.cr/CF/jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=280
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
<https://doi.org/10.2307/1519765>
- Clínica Universitaria de Navarra. (s. f.). *Diccionario Médico*.
- Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Board on Health Care Services, & Institute of Medicine. (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust* (R. Graham, M. Mancher, D. M. Wolman, S. Greenfield, & E. Steinberg, Eds.; p. 13058). National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/13058>
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Pub. L. No. 80, 9 (2002).
<https://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/LEY%20ORG%C3%81NICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>
- Ley Orgánica de Salud, 55 (2006).
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf
- Cordeiro, H. (1984). Empresas médicas: Bases teóricas para el estudio de las transformaciones capitalistas de la práctica médica. *Estudios Sociológicos*, 2(5/6,), 287-308.

- Dávalos Aguilar, P. (2016). *Salud Inc. Monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador* (1 Edición). Centro de Publicaciones PUCE. <http://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2016/08/Salud-Inc-Medicina-prepagada.pdf>
- Doval, H. (2014). La génesis de nuestra medicina. *Revista Argentina de Cardiología*, 82(5), 458-464. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.5009>
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P. R. (2015). *Management and Business Research* (5th ed.). SAGE.
- Esteva, G. (1996). Desarrollo. En *Diccionario del Desarrollo: Una guía del conocimiento como poder* (pp. 52-78). Pratec.
- Estrella, E. (1980). *Medicina y estructura socio-económica*. Belen.
- Evans, R. G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. En M. Perlman (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care* (pp. 162-173). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-63660-0_10
- Forni, P. (2010). Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social. *MIRÍADA*, 3(5). <https://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/5/168>
- Foucault, Michel. (1999). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En *Estrategias de Poder: Vol. II*. Paidós.
- García-Zabaleta, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34(3), 441-460.
- Giménez, G. (2012). El problema de la generalización en los estudios de caso. *Cultura y representaciones sociales*, 7(13), 40-62.

- Goberna Tricas, J. (2004). La Enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index de Enfermería*, 13(47), 49-53.
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 36, 64-102.
- Gudynas. (2011). Debates sobre el desarrollo y sus alternativas en América Latina: Una breve guía heterodoxa. En *Más allá del Desarrollo*. (Fundación Rosa Luxemburgo). Abya Yala.
- Guyatt, G. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420.
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Han, P. K. J. (1997). Historical Changes in the Objectives of the Periodic Health Examination. *Annals of Internal Medicine*, 127(10), 910-917.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-10-199711150-00010>
- Illich, I. (1975). *Némesis médica, la expropiación de la Salud*. Barral Editores.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: Los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500025>
- Iriart, C. (2018). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención. En *MEDICALIZACIÓN, SALUD MENTAL E INFANCIAS. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Teseo.
- Iriart, C., Franco, T., & Merhy, E. E. (2011). The creation of the health consumer: Challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health*, 7(2), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-2>

- Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 1005-1016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>
- Iriart, C., Merhy, E. E., & Waitzkin, H. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 95-105. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100010>
- Kelman, S. (1971). Toward the Political Economy of Medical Care. *Inquiry*, 8(3), 30-38.
- Kopitowski, K. S. (2013). *Prevención cuaternaria: Se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria*. 33(3), 90-95.
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Grønhøj Larsen, C., & Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub2>
- Labelle, R., Stoddart, G., & Rice, T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics*, 13(3), 347-368. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(94)90036-1)
- Laín-Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. 463.
- Lander, E. (2013). Con el tiempo contado: Crisis civilizatoria, límites del planeta, asaltos a la democracia y pueblos en resistencia. En *Alternativas al capitalismo / colonialismo del siglo XXI* (Fundación Rosa Luxemburgo). Abya Yala.
- Lang, M. (2016). Alternativas al Desarrollo. En *Siembras del buen vivir. Entre utopías y dilemas posibles* (1era edición, pp. 9-28). ALER, Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica.

- Lexchin, J. (2017). The relation between promotional spending on drugs and their therapeutic gain: A cohort analysis. *CMAJ Open*, 5(3), E724-E728.
<https://doi.org/10.9778/cmajo.20170089>
- Llewellyn, S., Eden, R., & Lay, C. (1999). Financial and professional incentives in health care: Comparing the UK and Canadian experiences. *International Journal of Public Sector Management*, 12(1), 6-16.
<https://doi.org/10.1108/09513559910262643>
- Maldonado, X., Arteaga, E., & Cuvi, J. (2017). Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa. *Rebellion.org*. <https://rebellion.org/docs/226924.pdf>
- Manterola D, C., & Zavando M, D. (2009). Cómo interpretar los «Niveles de Evidencia» en los diferentes escenarios clínicos. *Revista chilena de cirugía*, 61(6).
<https://doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20, 165-193.
- Martínez-Cañavate López-Montes, T. (2007). *Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía* [Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/1660>
- Mejía, J. I. G., Klincovstein, J. S., Acosta, J. M. P., Valdez, R. Z., & Navarrete, R. Z. (2011). ¿Medicina defensiva o medicina asertiva? *Cirujano General*, 33(2), 151-156.
- Mena, D. M. B., Barba, D. K., León, D. W., Rojas, D. G., Maldonado, D. X., & Simbaña, D. K. (2015). *OFERTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LAS DOS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN EL ECUADOR*.
- Miglioretti, D. L., Lange, J., van den Broek, J. J., Lee, C. I., van Ravesteyn, N. T., Ritley, D., Kerlikowske, K., Fenton, J. J., Melnikow, J., de Koning, H. J., & Hubbard, R. A. (2016). Radiation-Induced Breast Cancer Incidence and Mortality From Digital

- Mammography Screening: A Modeling Study. *Annals of Internal Medicine*, 164(4), 205-214. <https://doi.org/10.7326/M15-1241>
- Ministerio de Salud Pública. (2014a). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. (1 Edición).
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/Lineamientos_Operativos-MAIS_modificado.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014b). *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/TARIFARIO%20DE%20PRESTACIONES%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf
- Minossi, J. G., & Silva, A. L. da. (2013). Medicina defensiva: Uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(6), 494-501.
<https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000600013>
- Mohammadshahi, M., Yazdani, S., Olyaeemanesh, A., Akbari Sari, A., Yaseri, M., & Emamgholipour Sefiddashti, S. (2019). A Scoping Review of Components of Physician-induced Demand for Designing a Conceptual Framework. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(2), 72-81.
<https://doi.org/10.3961/jpmp.18.238>
- Morone, J. A., Gray, B. H., Cunningham, R. M., & Wohl, S. (1985). The Unruly Rise of Medical Capitalism. *The Hastings Center Report*, 15(4), 28-31.
<https://doi.org/10.2307/3561382>
- Moynihan, R. (2008). Doctors' education: The invisible influence of drug company sponsorship. *BMJ*, 336, 416. <https://doi.org/10.1136/bmj.39496.430336.DB>
- OMS - OPS. (2003). *ANTECEDENTES E IMPORTANCIA DE LA CIE*.
<http://ais.paho.org/cie/index.asp?xml=antecedents.htm>

- ONU. División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2009). *Clasificación Industrial Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU), revisión 4*.
http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_4rev4s.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Ortiz-Prado, E., Galarza, C., & Cornejo, F. (2014). Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 36(1), 57-62.
- Ortún, V. (1991). Mercado y estado en sanidad. En *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones* (Primera edición). Escola Universitaria de Treball Social.
- Paredes Buitrón, E. (2011). *La Filosofía y sus Laberintos. Categorías, tesis y problemas para reflexionar sobre la existencia* (Primera edición). Corporación Editora Nacional.
- Passos Nogueira, R. (2014). Determinantes versus determinación de la salud: Raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente. En *Tras las huellas de la determinación. Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud* (1ra Edición, p. 295). Universidad Nacional de Colombia.
- Peeples, R., Harris, C. T., & Metzloff, T. B. (2000). Settlement Has Many Faces: Physicians, Attorneys and Medical Malpractice. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(3), 333-346. <https://doi.org/10.2307/2676324>
- Poduval, M., & Poduval, J. (2008). Medicine as a Corporate Enterprise: A Welcome Step? *Mens Sana Monographs*, 6(1), 157-174. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.34714>

- Quirola Suárez, D. (2009). Sumak Kawsay. Hacia un nuevo pcto social en armonía con la naturaleza. En *El Buen Vivir. Una vía para el desarrollo*. (1 Edición, p. 184). Ediciones Abya-Yala.
- Relman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, 303(17), 963-970. <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>
- Relman, A. (1991). The Health Care Industry: Where Is It Taking Us? *The New England Journal of Medicine*, 352(12), 854-859. <https://doi.org/10.1056/NEJM199109193251205>
- Reyes Vaca, E. A., & León Asqui, J. C. (2016). *La falta de tipificación de la Mala Práctica Médica en el Artículo 146 del COIP* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7725>
- Roberts, B., & Hoch, I. (2007). Malpractice litigation and medical costs in Mississippi. *Health Economics*, 16(8), 841-859. <https://doi.org/10.1002/hec.1195>
- Rodas-Chaves, G. (2011). Visión histórica de la antinomia salud-enfermedad Siglos XIX y XX. En *Aportes para la Interculturalidad en la salud* (1 Edición, p. 168). Universidad Andina Simón Bolívar.
- Rodríguez, F., Nuñez, A., & Gil-Baly, A. (2000). Apreciaciones Sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 38(3), 215-219.
- Romero y Huesca, A., Ramírez Bollas, J., López-Schietekat, R., Cuevas-Velasco, G., Vorhauer-Ramírez, S., García-Navarrete, S., & Orta-Rentería, F. (2011). *Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina*. 56(4), 218-225.
- Rossiter, L. F., & Wilensky, G. R. (1983). A Reexamination of the Use of Physician Services: The Role of Physician-Initiated Demand. *Inquiry*, 20(2), 162-172.

- Rubio, V. O. (1986). LA DEMANDA INDUCIDA POR EL HOSPITAL. *GASETA SANITARIA*, V(26), 64-67.
- Sánchez Varas, A. (2008). *Junta de Beneficencia de Guayaquil. 120 años de Servicio 1888—2008.: Vol. Tomo 1* (G. García-Feraud, Ed.; 1 Edición).
- Schofferman, J. (2011). The Medical–Industrial Complex, Professional Medical Associations, and Continuing Medical Education. *Pain Medicine*, 12(12), 1713-1719. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01282.x>
- Sekhar, Ms., & Vyas, N. (2013). Defensive medicine: A bane to healthcare. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(2), 295-296. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.113688>
- Servicio de Acreditación Ecuatoriano. (s. f.). *¿Qué son los códigos CIIU?* <https://www.acreditacion.gob.ec/que-son-los-codigos-ciiu/>
- Seyedin, H., Afshari, M., Isfahani, P., Hasanzadeh, E., Radinmanesh, M., & Bahador, R. (2021). The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 49. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_68_20
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: Developing guidelines. *BMJ*, 318(7183), 593-596. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7183.593>
- Stahnisch, F. W., & Verhoef, M. (2012). The Flexner Report of 1910 and Its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2012/647896>
- Superintendencia de Control del Poder de Mercado. (s. f.). *Misión de la Superintendencia de Control del Poder de Mercado.*

- Torres-Arreola, L. del P., Peralta-Pedrero, M. L., Viniegra-Osorio, A., Valenzuela-Flores, A., Echevarria-Zuno, F., & Sandoval-Castellanos, F. (2010). Proyecto para el desarrollo de guías de práctica clínica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 48(6), 661-672.
- Tremblay, R. (2006). Los cinco pilares del complejo industrial militar de Estados Unidos. *Rebellion.org*. <https://rebellion.org/los-cinco-pilares-del-complejo-industrial-militar-de-estados-unidos/>
- Vargas Villagrán, D. A. (2017). *Lo peligroso, ilegítimo e innecesario en la tipificación del delito de la mala práctica profesional en el caso de los médicos según el Código Orgánico Integral Penal*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Vianna, C. M. de M. (2002). Estruturas do sistema de saúde: Do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 12(2), 375-390. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000200010>
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición Especial*, 52.
- Waitzkin, H. (1978). A Marxist View of Medical Care. *Annals of Internal Medicine*, 89(2), 264-278. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-89-2-264>
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: Las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1(1), 5-10.
- Wazana, A. (2000). Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?: *JAMA*, 283(3), 373-380. <https://doi.org/10.1001/jama.283.3.373>
- Wennberg, J. E. (2002). Unwarranted variations in healthcare delivery: Implications for academic medical centres. *BMJ*, 325(7370), 961-964. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7370.961>

- Wilensky, G. R., & Rossiter, L. F. (1983). The Relative Importance of Physician-Induced Demand in the Demand for Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 61(2), 252-277. <https://doi.org/10.2307/3349907>
- Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis: The pharmaceuticalisation of society? *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed). Sage Publications.

Anexos

ANEXO 1. Guía para entrevistas.

Edad:

Sexo:

Nivel de educación:

¿Cómo define la salud? ¿Le parece importante actualizar la definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud? ¿Cómo la definiría usted?

¿Piensa que la salud es un derecho?

¿Considera que la salud ha sido considerada como una mercancía? ¿Por qué?

¿Qué entiende por Complejo Médico Industrial?

¿Conoce o a escuchado lo que es la medicina defensiva?

¿Qué hace falta al Sistema de Salud para garantizar una buena salud?

¿Cuál es el rol del equipo de salud frente al paciente? ¿A la sociedad?

¿Cuál es el rol del paciente frente al proceso salud enfermedad?

¿Cómo se resuelven las controversias entre el médico y el paciente? ¿Quién toma las decisiones finales?

¿Qué tan útiles le parecen las GPC del Ministerio de Salud?

¿Cómo definiría usted el “desarrollo”?

¿Podría relacionar la salud con el desarrollo?

ANEXO2. Solicitud de información del Ministerio de Salud.

Quito, 27 de agosto de 2021

*Señor Dr.
José Andrés Corral Aguilar
Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Presente.*

Reciba un atento saludo de Xavier Maldonado, estudiante de doctorado de la Universidad de Sao Paulo – sede Ribeirao Preto y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.

Al momento me encuentro realizando mi investigación doctoral con el tema **"Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017."** En el departamento de Medicina Social de la Universidad de Sao Paulo.

Por medio de la presente le solicito de la manera más comedida autorice a quien corresponda me faciliten la siguiente información que aportará de manera invaluable en el desarrollo de mi investigación:

- Número total de exámenes de laboratorio y desglosados por biometría hemática, creatinina, glucosa, TP-TTP y EMO realizados en hospitales en todo el país desde el año 2008 al año 2017
- Número total de exámenes de laboratorio y desglosados por biometría hemática, creatinina, glucosa, TP-TTP, EMO y electrocardiogramas realizados en el Hospital Eugenio Espejo desde el año 2008 al año 2017
- Número total de exámenes de laboratorio y desglosados por biometría hemática, creatinina, glucosa, TP-TTP y EMO realizados en primer nivel en todo el país desde el año 2008 al año 2017
- Número total de exámenes de laboratorio y desglosados por biometría hemática, creatinina, glucosa, TP-TTP y EMO realizados en el Distrito 17D03 desde el año 2008 al año 2017
- Número de Radiografías de tórax realizados en todo el país desde el año 2008 al año 2017
- Número total de pacientes atendidos a nivel nacional, en el nivel hospitalario y en el primer nivel desde el año 2008 al año 2017.
- Número total de pacientes atendidos en el Hospital Eugenio Espejo desde el año 2008 al año 2017.
- Número total de pacientes atendidos en el Distrito 17D03 desde el año 2008 al año 2017.

Agradezco el envío a los correos: fxmaldonado@uce.edu.ec cc / elxavito72@hotmail.com

La información obtenida se utilizará exclusivamente con fines académicos. Los resultados obtenidos de la investigación serán socializados con el Ministerio de Salud Pública.

Por la favorable acogida le anticipo mis agradecimientos y auguro que el éxito le siga acompañando como hasta hoy

Atentamente

Dr. Xavier Maldonado
Tel: 0982728361

ANEXO 3. Respuesta Solicitud de información del Ministerio de Salud Pública.



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica
Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud

Memorando Nro. MSP-DNEAIS-2021-2655-M

Quito, D.M., 05 de noviembre de 2021

PARA: Sr. Fernando Xavier Maldonado Dávila

ASUNTO: Respuesta - CIUDADANO, SOLICITA SE AUTORICE A QUIÉN CORRESPONDA SE LE FACILITE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE APORTARÁ DE MANERA INVALUABLE EN EL DESARROLLO DE SU INVESTIGACIÓN. S/A.

De mi consideración:

Un cordial saludo, en atención al oficio No. 00M0-0C2F12, en el que solicita:

"(...) Por medio de la presente le solicito de la manera más comedida autorice a quien corresponda me faciliten la siguiente información que aportara de manera invaluable en el desarrollo de mi investigación:

- *Número total de exámenes de laboratorio desglosados por biometría hemática. (...)"*.

Con este antecedente, se procedió a generar la información en base a las siguientes fuentes disponibles:

Base de Laboratorio, MSP 2016 a 2017.

1. Número de exámenes clínicos.

Para los fines pertinentes se adjunta la información.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Meitner Nassary Cadena Cepeda
DIRECTOR NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Referencias:
- MSP-DNSG-2021-20903-E

ANEXO 4. Solicitud de información a la Superintendencia de Compañías.

Quito, D.M. 29 de septiembre de 2020

Señor
Víctor Manuel Anchundia Places
SUPRINTENDENTE DE COMPAÑÍAS
Presente.

Reciba un atento saludo de Xavier Maldonado, estudiante de doctorado de la Universidad de Sao Paulo – sede Ribeirao Preto y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.

Al momento me encuentro realizando mi investigación doctoral con el tema **"Estudio del Complejo Médico Industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017."** En el departamento de Medicina Social de la Universidad de Sao Paulo.

Por medio de la presente le solicito de la manera más comedida autorice a quien corresponda me faciliten la siguiente información que aportará de manera invaluable en el desarrollo de mi investigación:

Información por empresa de ingresos, activos, impuesto a la renta causado, RUC, impuesto a la salida de divisas, su código a cuatro dígitos (clase) de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIU) para cada año entre el período 2005 – 2020 o hasta el mes que exista registro. Agradezco el envío a los siguientes correos: fxmaldonado@uce.edu.ec cc/ xaviermal@gmail.com y elxavito72@hotmail.com

La información obtenida se utilizará exclusivamente con fines académicos. Los resultados obtenidos de la investigación serán socializados con la Superintendencia de Compañías.

Por la favorable acogida le anticipo mis agradecimientos y auguro que el éxito le siga acompañando como hasta hoy

Atentamente



Quito, a 29 SEP 2020

[Handwritten signature]
Byron De La Cruz
C.A.M.A. QUITO

Fernando Xavier Maldonado Dávila
CI: 1709765430
Tel. 0982728361

[Handwritten notes]
Nonoga N39-232 y H. Noncayo
2443774



ANEXO 5. Respuesta Solicitud de información de la Superintendencia de Compañías.

SISTEMA DE TRAMITES :: NOTIFICACIONES CON FINES INFORMATIVOS 72920-0041-20

SISTEMA DE TRÁMITES	
Señor(a)(ita): MALDONADO DAVILA FERNANDO XAVIER	
Estimado usuario, Usted tiene documentos adjuntos	
Su trámite de NOTIFICACIONES CON FINES INFORMATIVOS ha sido revisado y se encuentra en etapa de FINALIZACIÓN DE TRÁMITE, con la acción realizada: ADJUNTA RESPUESTA. NOTIFICAR A SOLICITANTE Y FINALIZAR TRÁMITE.	
Número de trámite:	72920-0041-20
Nombre de la compañía:	
Expediente:	
Remitente:	NARANJO MERA MIRIAM PATRICIA
Tipo de trámite:	NOTIFICACIONES CON FINES INFORMATIVOS
Subtipo de trámite:	NOTIFICACIONES CON FINES INFORMATIVOS
Respuesta:	Estimado señor Maldonado: en atención a su solicitud y en virtud de que la información se encuentra disponible en el portal web institucional www.supercias.gob.ec ; y, en cumplimiento de las instrucciones del señor Director de la Unidad, adjunto sírvase encontrar la guía (Estados Financieros por Rama), sobre la forma de extraer directamente los Estados Financieros desde el referido portal institucional. Adicionalmente la guía del Ranking Empresarial y en caso de que sea de su interés ampliar la información, se adjunta la guía sobre el Directorio de Compañías cuya información podría cruzarla con la de EEFF y Ranking por medio del número de expediente. Saludos cordiales
Para poder visualizar los documentos adjuntos que contengan firmas electrónicas, deberá tener instalado en su equipo los certificados raíz de las autoridades certificadoras. Si tiene alguna inquietud por favor consultar la guía del usuario de la entidad certificadora para que sepa como instalarla en su equipo. ACCESO A LA GUIA DEL USUARIO	
Notificación electrónica realizada de conformidad a lo dispuesto en la Resolución No. SCVS-INC-DNCDN-2018-0021 de 23 de abril de 2018, publicada en el Registro Oficial No. 246 de fecha 22 de mayo de 2018, mediante la cual se expidió el Instructivo sobre la notificación de las actuaciones de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.	
Para cualquier comentario o sugerencia dar clic aquí	

Activar W
Ve a Config

ANEXO 6. Guía para descargar el ranking empresarial

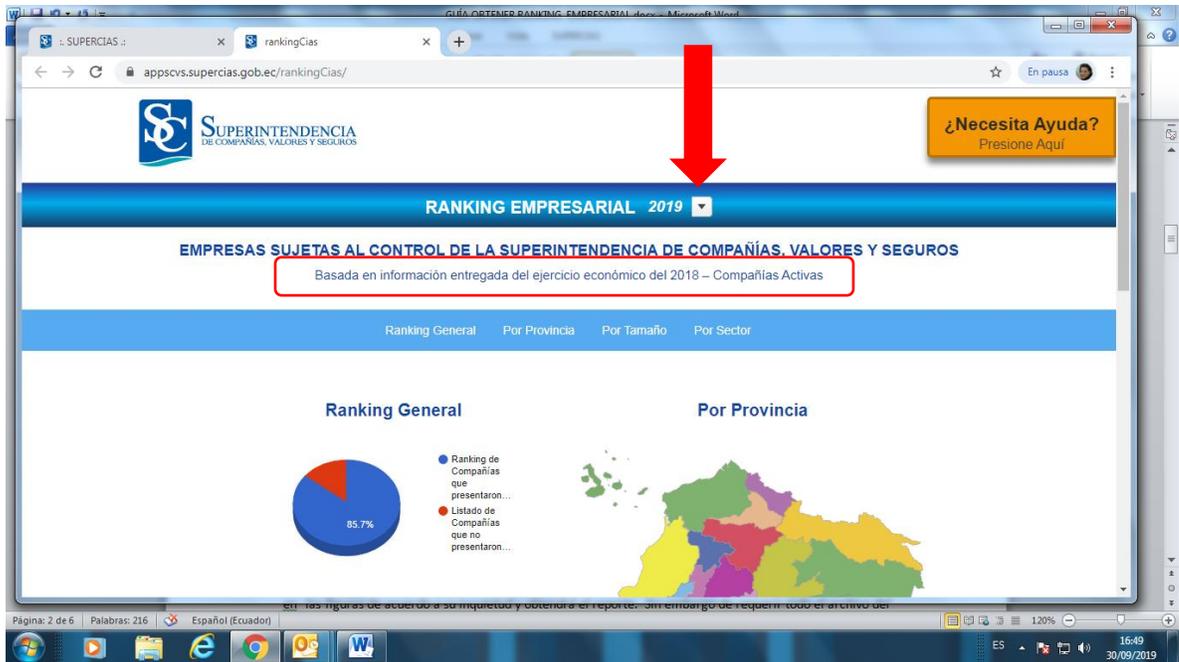
PASO 1:

Ingresar a la página web institucional www.supercias.gob.ec y dar click en “**Ranking Empresarial**”, ícono que se encuentra en la parte central de la página.



PASO 2:

En la pantalla que se presenta, debe seleccionar primero el año que desea consultar, con la aclaración de que cada año, corresponde al año inmediato anterior como consta en el Ranking Empresarial 2019, señalado en la captura de pantalla:



Los años se desplegarán para darle la opción de seleccionar aquel que sea de su interés.



Puede listar las compañías que presentaron balances al dar click en el color azul; y, el color rojo listará a aquellas que no cumplieron con dicha obligación; y, en ambos casos al colocarse sobre cada color se generará la información en número y porcentajes, como se aprecia en las capturas de pantalla siguientes:



De igual manera se listarán las compañías si damos click sobre el color seleccionado:

RANKING EMPRESARIAL

EMPRESAS SUJETAS AL CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

ORDENADO POR		INFORMACIÓN COMPAÑÍA					ACTIVOS	PATRIMONIO	INGRESO POR VENTA	UTILIDAD
2018	2017	Expediente	NOMBRE	PROVINCIA	CIUDAD	TAMAÑO	2018	2018	2018	2018
1	1	384	CORPORACION FAVORITA C.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.686.738.006,45	\$1.293.420.522,85	\$2.138.536.073,89	\$154.011.840,43
2	5	705547	SHAYA ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.480.831.008	\$523.114.896	\$536.374.491	\$42.368.133,4
3	4	47345	CONSORCIO ECUATORIANO DE TELECOMUNICACIONES S.A. CONECEL	GUAYAS	GUAYAQUIL	GRANDE	\$1.272.006.599	\$151.648.037	\$1.319.257.680,34	\$140.512.995
4	7	8798	ECUACORRIENTE S.A.	ZAMORA CHINCHIPE	EL PANGUI	GRANDE	\$1.221.799.051	\$588.995.647	\$0	\$0
5	12	93144	AURELIAN ECUADOR S.A.	ZAMORA CHINCHIPE	LOS ENCIENTROS	MICROEMPRESA	\$1.053.992.709	\$628.721.015	\$0	-\$24.368.586,1
6	3	143615	CONSORCIO SHUSHUFINDI S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.027.036.556	\$981.392.797	\$276.255.307	\$52.377.382,3
7	8	47972	OTECEL S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$961.344.482,12	\$383.782.119,60	\$652.231.882,78	-\$61.601.892,91

PASO 3:

Otra opción de consulta es colocarse sobre el mapa y elegir la provincia de interés y al dar click se listarán, como se muestra a continuación.



Ranking por localidad que conserva la posición del ranking general pero que se ordena en base a la provincia consultada.

GUÍA DESCARGA RANKING EMPRESARIAL.docx - Microsoft Word

rankingCias

appscvs.supercias.gob.ec/rankingCias/rankingCias.zul?id=17&tipo=2

SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

¿Necesita Ayuda? Presione Aquí

RANKING EMPRESARIAL - PROVINCIA DEL PICHINCHA

EMPRESAS SUJETAS AL CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

Regresar

ORDENADO POR		INFORMACIÓN COMPAÑÍA							ACTIVOS	PATRIMONIO	INGRESO POR VENTA	UTILIDAD
2018	2017	POSICIÓN PROVINCIA	Expedie	NOMBRE	PROVINCIA	CIUDAD	TAMAÑO	2018	2018	2018	2018	
1	1	1	384	CORPORACION FAVORITA C.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.685.738.006,45	\$1.293.426.522,85	\$2.138.535.073,99	\$154.011.840,43	
2	5	2	705547	SHAYA ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.480.831.608	\$523.114.896	\$536.374.491	\$42.368.133,4	
6	3	3	149815	CONSORCIO SHUSHUFINDI S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.027.036.556	\$681.392.797	\$276.255.307	\$52.377.382,3	
7	8	4	47972	OTEGEL S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$661.344.482,12	\$363.782.119,98	\$652.231.882,78	\$61.601.892,91	
8	9	5	93325	CORPORACION QUIPORT S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$610.382.577	\$422.073.422	\$40.309.177,8	\$63.367.716,1	
9	6	6	45534	ANDES PETROLEUM ECUADOR LTD.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$791.779.705	\$583.069.894	\$491.480.411,1	-\$34.977.040,9	
10	10	7	146446	SCHLUMBERGER DEL ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$741.314.166	\$491.743.370	\$578.687.886,08	\$101.504.363	
11	11	8	7154	PROCESADORA NACIONAL DE ALIMENTOS C.A. PRONACA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$668.878.307,88	\$430.448.854,77	\$1.145.368.844,96	\$47.017.721,64	

Página: 3 de 6 Palabras: 305 Español [Ecuador]

9:33 01/10/2019

PASO 4:

En el lado superior izquierdo encontrará los parámetros de consulta para extraer el ranking por: Activo, Patrimonio, Utilidad e Ingresos por Ventas.

RANKING EMPRESARIAL - PROVINCIA DEL PICHINCHA

EMPRESAS SUJETAS AL CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

ORDENADO POR: ACTIVO, PATRIMONIO, INGRESO, UTILIDAD

ORDENADO POR	POSICIÓN	PROVINCIA	INFORMACIÓN COMPAÑÍA					ACTIVOS	PATRIMONIO	INGRESO POR VENTA	UTILIDAD
			Expediente	NOMBRE	PROVINCIA	CIUDAD	TAMAÑO	2018	2018	2018	2018
1	384		CORPORACION FAVORITA C.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.688.738.006,45	\$1.293.426.522,85	\$2.138.836.073,99	\$154.011.840,43	
2	5	2	705047 SHAYA ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.480.831.808	\$523.114.896	\$536.374.491	\$42.388.133,4	
3	3		143615 CONSORCIO SHUSHUFINDI S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$1.027.036.656	\$881.392.797	\$276.255.307	\$52.377.382,3	
7	8	4	47972 OTECEL S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$861.344.462,12	\$383.782.119,96	\$652.231.882,78	-\$61.601.862,91	
8	9	5	92325 CORPORACION QUIPORT S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$810.382.577	\$422.073.422	\$40.309.177,8	\$63.387.716,1	
9	6	6	48534 ANDES PETROLEUM ECUADOR LTD.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$791.779.705	\$583.069.894	\$481.460.411,1	-\$34.977.040,9	
10	10	7	146446 SCHLUMBERGER DEL ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$741.314.166	\$491.743.370	\$578.687.886,06	\$101.504.383	
11	11	8	7154 PROCESADORA NACIONAL DE ALIMENTOS C.A. PRONACA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$608.878.807,88	\$430.448.954,77	\$1.145.366.644,96	\$47.017.721,64	
13	15	9	10532 HIDALGO E HIDALGO S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$635.795.300	\$504.018.274	\$255.130.630,81	\$65.339.376,3	
18	23	10	2 ACERIA DEL ECUADOR CA.ADELCA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$451.977.309	\$189.302.499	\$316.087.276,02	\$3.567.821,77	
19	17	11	8018 HALLIBURTON LATIN AMERICA S.R.L.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$445.046.037	\$109.355.798	\$159.207.163,58	\$7.476.015,84	

PASO 5:

En la parte inferior central debe seleccionar la descarga del archivo ya sea de las 10 compañías, 50, 100, 250, 500, 1000 o “todas las compañías” y finalmente debe presionar el botón “descargar”.

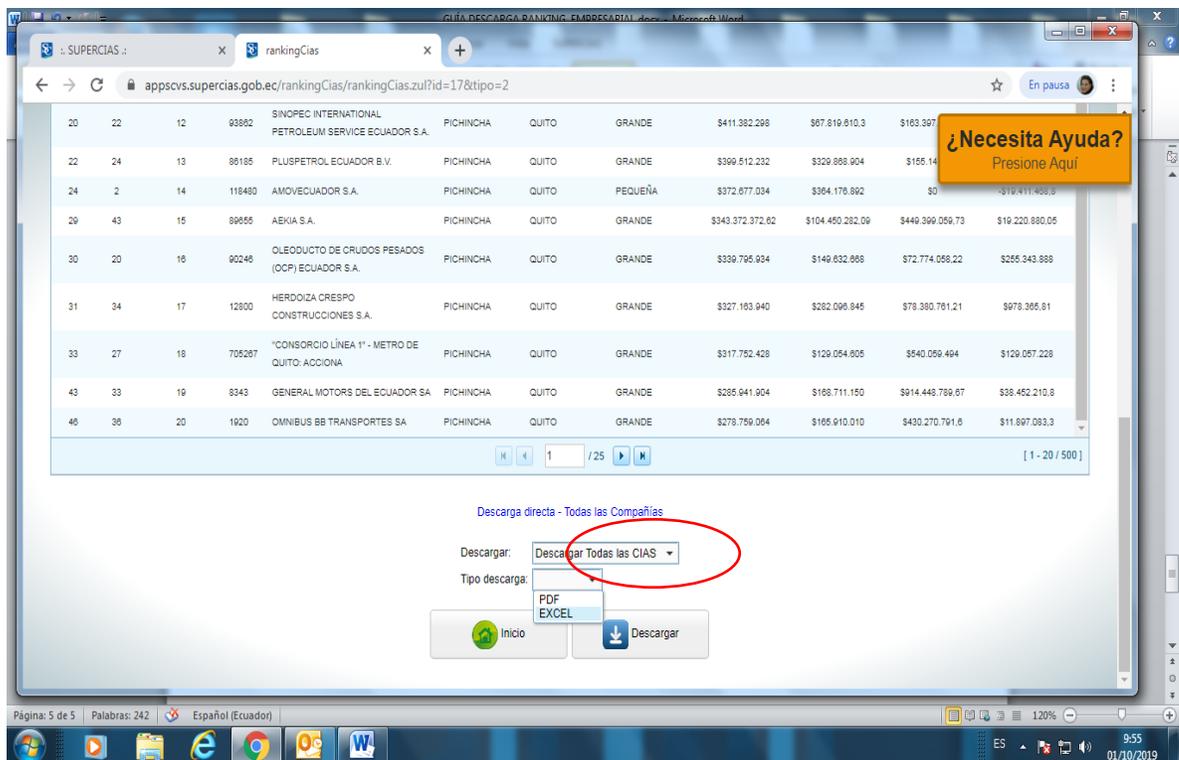
Descarga directa - Todas las Compañías

Descargar:

Tipo descarga:

- Descargar primeras 10 CIAS
- Descargar primeras 50 CIAS
- Descargar primeras 100 CIAS
- Descargar primeras 250 CIAS
- Descargar primeras 500 CIAS
- Descargar primeras 1000 CIAS
- Descargar Todas las CIAS

 Inicio



¿Necesita Ayuda? Presione Aquí

20	22	12	93982	SINOPEC INTERNATIONAL PETROLEUM SERVICE ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$411.382.288	\$67.819.610,3	\$163.387
22	24	13	98185	PLUSPETROL ECUADOR B.V.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$399.512.232	\$329.888.004	\$155.14
24	2	14	118480	AMOVECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	PEQUEÑA	\$372.877.034	\$364.176.892	\$0
29	43	15	99655	AEKIA S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$343.372.372,62	\$104.450.282,09	\$449.369.059,73
30	20	16	90246	OLEODUCTO DE CRUDOS PESADOS (OCP) ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$339.795.934	\$149.632.668	\$72.774.056,22
31	34	17	12800	HEROIZIA CRESPO CONSTRUCCIONES S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$327.163.940	\$282.096.645	\$78.380.791,21
33	27	18	705287	"CONSORCIO LÍNEA 1" - METRO DE QUITO: ACCIONA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$317.782.428	\$129.054.605	\$540.059.494
43	33	19	8343	GENERAL MOTORS DEL ECUADOR SA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$285.941.904	\$186.711.150	\$914.448.789,67
46	39	20	1920	OMNIBUS BB TRANSPORTES SA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$278.759.064	\$165.910.010	\$430.270.701,6

Descarga directa - Todas las Compañías

Descargar:

Tipo descarga:

- PDF
- EXCEL

 Inicio 

Página: 5 de 5 | Palabras: 242 | Español (Ecuador) | 120% | 9:55 | 01/10/2019

El archivo se generará en Excel como se muestra a continuación:

Rango	Nombre de la Empresa	Provincia	Ciudad	Tamaño	Métrica 1	Métrica 2	Métrica 3
20	SINOPEC INTERNATIONAL PETROLEUM SERVICE ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$411.382.298	\$87.819.610,3	\$183.397
22	PLUSPETROL ECUADOR B.V.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$399.612.232	\$329.898.904	\$155.14
24	AMOVECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	PEQUEÑA	\$372.677.034	\$384.176.892	\$0
29	AEKIA S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$343.372.372,62	\$104.450.282,09	\$449.369.059,73
30	OLEODUCTO DE CRUDOS PESADOS (OCP) ECUADOR S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$339.795.934	\$149.632.688	\$72.774.058,22
31	HERDOIZA CRESPO CONSTRUCCIONES S.A.	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$327.183.940	\$282.096.845	\$78.380.791,21
33	"CONSORCIO LÍNEA 1" - METRO DE QUITO- ACCIONA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$317.752.428	\$129.054.605	\$540.059.494
43	GENERAL MOTORS DEL ECUADOR SA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$285.041.904	\$168.711.150	\$914.448.799,67
46	OMNIBUS BB TRANSPORTES SA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	\$278.759.064	\$185.610.010	\$430.270.761,6

Al abrir el archivo Excel del ranking empresarial de acuerdo los parámetros de consulta seleccionados se presentan de la siguiente manera:

ReporteRanking (2).xlsx - Microsoft Excel

Archivos Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Ajustar texto General \$ - % 000 00 00 Formato Dar formato Estilos de Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar Buscar y Borrar y filtrar seleccionar Modificar

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

A1

RANKING EMPRESARIAL DE LOS ENTES CONTROLADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE COMPAÑÍAS, VALORES Y SEGUROS

ACTUALIZADO A: 10/1/19 7:52 AM
 FECHA DE GENERACIÓN DEL REPORTE: 10/1/19 10:34 AM
 POSICIONADO POR: ACTIVO
 CLASIFICADO POR: LOCALIDAD: PICHINCHA

POSICIÓN	INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA								
	2018	2017	PR	EXPEDIENTE	NOMBRE	TIPO COMPAÑÍA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	REGIÓN	PROV
1	1	1	1	384	CORPORACION FAVORITA C.A.	ANÓNIMA	G4711.01 - VENTA AL POR MENOR DE GRAN VAREDA DE PRODUCTOS EN TIENDAS, ENTRE LOS QUE PREDOMINAN, LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS, LAS BEBIDAS O EL TABACO, COMO PRODUCTOS DE PRIMERA NECESIDAD Y VARIOS OTROS TIPOS DE PRODUCTOS, COMO PRENDAS DE VESTIR, MUJERES, APARATOS, ARTÍCULOS DE FERRETERÍA, COSMÉTICOS	SIERRA	PICHINCHA
2	5	2	2	705547	SHAYA ECUADOR S.A.	ANÓNIMA	B0910.01 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS DE EXTRACCIÓN DE PETRÓLEO Y GAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN (POR EJEMPLO: MÉTODOS TRADICIONALES DE PROSPECCIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS); PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS DE PETRÓLEO Y GAS, BOMBEO, TAPONAMIENTO Y ABANDONO DE POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA
6	3	3	3	143615	CONSORCIO SHUSHUFINDI S.A.	ANÓNIMA	B0910.01 - ACTIVIDADES DE SERVICIOS DE EXTRACCIÓN DE PETRÓLEO Y GAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN (POR EJEMPLO: MÉTODOS TRADICIONALES DE PROSPECCIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS); PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS DE PETRÓLEO Y GAS, BOMBEO, TAPONAMIENTO Y ABANDONO DE POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA
7	6	4	4	47972	OTECEL S.A.	ANÓNIMA	J6120.01 - OPERACIÓN, MANTENIMIENTO O FACILITACIÓN DEL ACCESO A SERVICIOS DE TRANSMISIÓN DE VOZ, DATOS, TEXTO, SONIDO Y VIDEO UTILIZANDO UNA INFRAESTRUCTURA DE TELECOMUNICACIONES INALÁMBRICAS. INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE REDES DE RADIO MÓVIL Y DE TELEFONÍA MÓVIL Y OTROS SERVICIOS	SIERRA	PICHINCHA

reporteRanking

10:37 01/10/2019

ReporteRanking (2).xlsx - Microsoft Excel

Archivos Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Fuente Ajustar texto General \$ - % 000 00 00 Formato Dar formato Estilos de Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar Buscar y Borrar y filtrar seleccionar Modificar

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

A1

COMPAÑÍA	REGIÓN	PROVINCIA	CIUDAD	TAMAÑO	SECTOR	CANT. EMPLEADOS	ACTIVO 2018	PATRIMONIO 2018	INGRESOS POR VENTA 2018	UTILIDAD 2018
QUE PREDOMINAN, LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS, LAS BEBIDAS Y VARIOS OTROS TIPOS DE PRODUCTOS, COMO PRENDAS DE VESTIR, MUJERES, APARATOS, ARTÍCULOS DE FERRETERÍA, COSMÉTICOS	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	MERCADO DE VALORES	10,478.00	1,685,738,006.45	1,293,426,522	2,138,535,073	154,011,840
MBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS; PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	SOCETARIO	111.00	1,480,831,608.00	523,114,896.0	536,374,491.0	42,398,133.4
MBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS; PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	SOCETARIO	51.00	1,027,039,556.00	881,392,797.0	276,255,307.0	52,377,382.3
CIÓN DE VOZ, DATOS, TEXTO, SONIDO Y VIDEO UTILIZANDO LAS INFRAESTRUCTURAS DE TELECOMUNICACIONES INALÁMBRICAS. INCLUYE LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE REDES DE RADIO MÓVIL Y DE TELEFONÍA MÓVIL Y OTROS SERVICIOS	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	MERCADO DE VALORES	1,173.00	981,344,482.12	383,782,119.9	852,231,882.7	-61,901,892.
3 ALQUILANADAS, OPERACIÓN DE CRUDOS:	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	SOCETARIO	108.00	810,362,577.00	422,073,422.0	40,309,177.80	83,367,716.1
MBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS; PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	SOCETARIO	705.00	791,779,705.00	583,069,894.0	481,480,411.1	-34,977,040.
MBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATO. SONDEOS, EXPLORACIÓN, COMO OBSERVACIONES GEOLÓGICAS EN POSIBLES YACIMIENTOS; PERFORACIÓN DIRIGIDA Y REPERFORACIÓN; PERFORACIÓN INICIAL, ERECCIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	SOCETARIO	1,494.00	741,314,166.00	491,743,370.0	578,687,886.0	101,504,363.
INTO, PREPARACIÓN, REPARACIÓN Y DESMANTELAMIENTO DE TORRES DE PERFORACIÓN, CEMENTACIÓN DE TUBOS DE ENCAMISADO DE LOS POZOS, ETCÉTERA;	SIERRA	PICHINCHA	QUITO	GRANDE	MERCADO DE VALORES	7,199.00	898,876,007.88	430,448,854.7	1,145,398,644	47,017,721.6

reporteRanking

10:37 01/10/2019

ANEXO 7. Guía para extraer EEFF 2007-2018

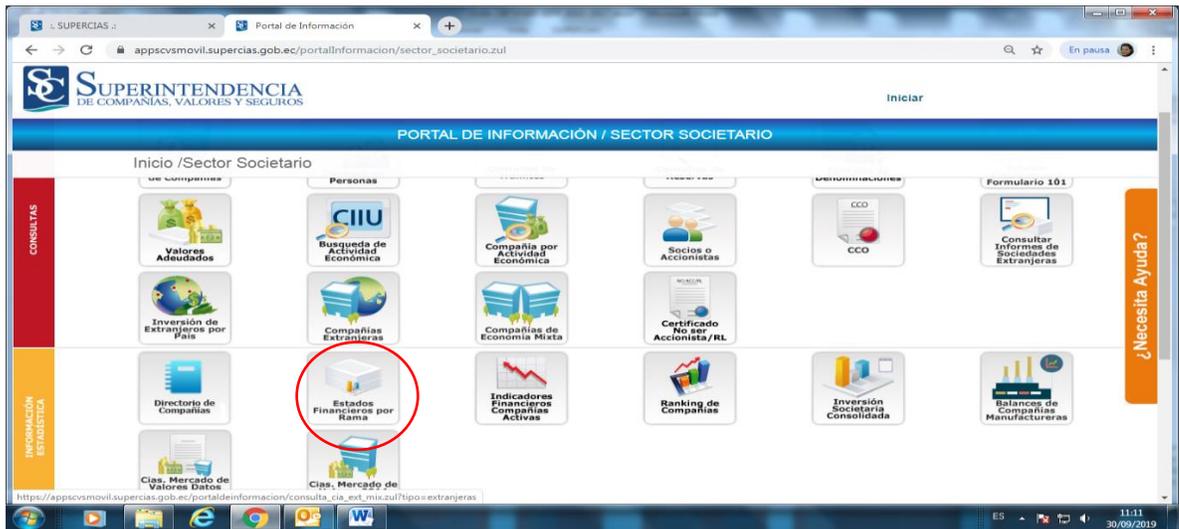
PASO 1: Ingresar a la página web institucional www.supercias.gob.ec dar click en portal de información.



PASO 2: Seleccionar “Sector Societario”.

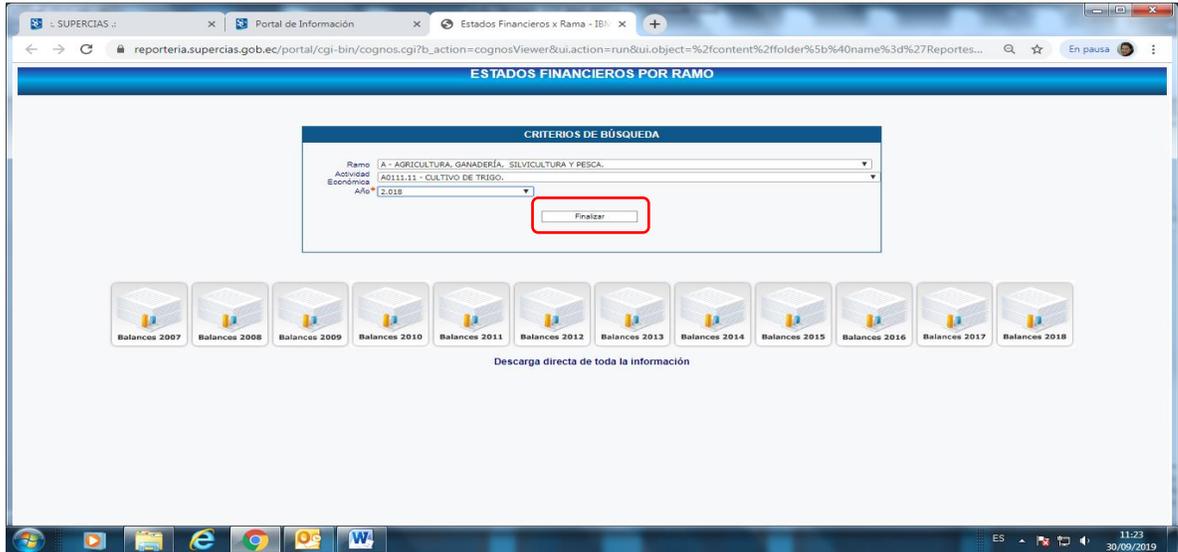


PASO 3: En la sección “Información Estadística”, abrir el ícono de “Estados Financieros por rama”.



PASO 4: Al abrir el ícono tiene dos formas de acceder a la información:

a) En los parámetros de búsqueda seleccionar el “Ramo; Actividad Económica y el año de consulta y finalizarla.



ESTADO FINANCIEROS POR RAMO.

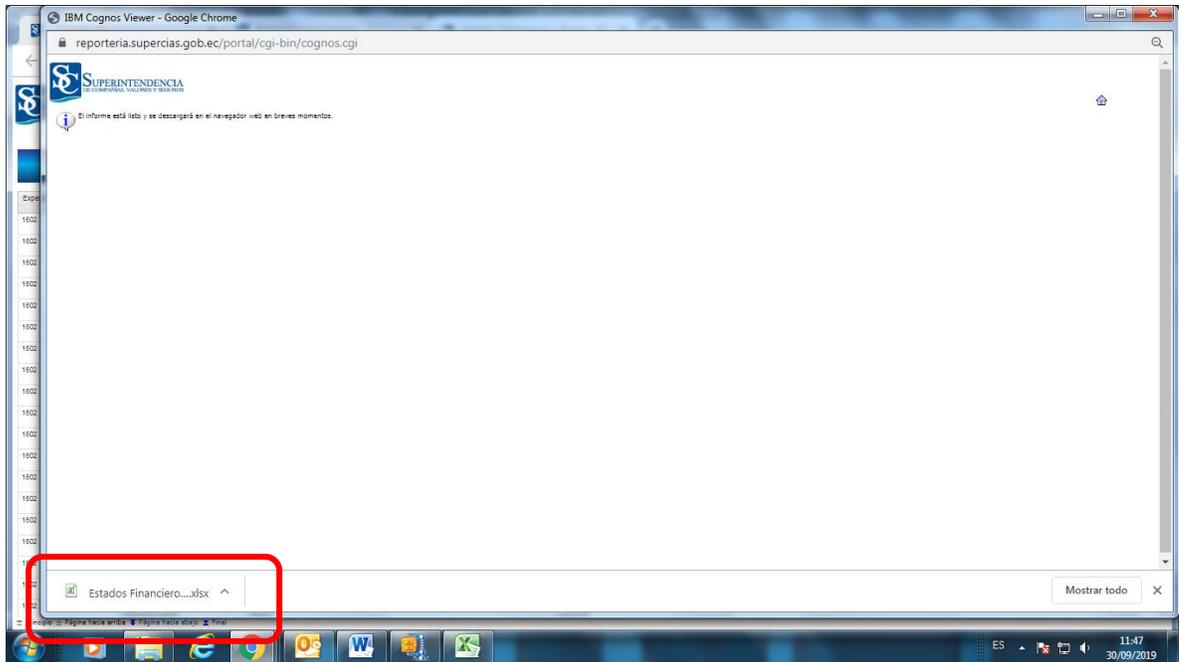
Expediente	RUC	Denominación	Ramo	CCIU	Año	Código Cuenta	Nombre de Cuenta	Valor
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	10	INGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN PARAJOS FISCALES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	11	EGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN PARAJOS FISCALES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	12	OPERACIONES DE RESALIAS, SERVICIOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, DE CONSULTORIA Y SIMILARES PARAJOS FISCALES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	13	ACTIVO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	14	PASIVO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	15	INGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	16	EGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	17	OPERACIONES DE RESALIAS, SERVICIOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, DE CONSULTORIA Y SIMILARES OTROS REGIMENES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	29	TOTAL DE OPERACIONES CON PARTES RELACIONADAS	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	3	ACTIVO CON PARTES RELACIONADAS LOCALES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	30	SUJETO PASIVO EXENTO DE APLICACION DEL REGIMEN DE PRECIOS DE TRANSFERENCIA	3.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	311	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	6.488.21
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	312	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES RELACIONADOS LOCALES	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	313	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES RELACIONADOS DEL EXTERIOR	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	314	(i) DETERIORO ACUMULADO DEL VALOR DE CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR COMERCIALES POR INCORBRABILIDAD (PROVISIONES PARA CREDITOS INCORBRABLES)	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	315	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES NO RELACIONADOS LOCALES	236.000.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	316	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES NO RELACIONADOS DEL EXTERIOR	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	317	(j) DETERIORO ACUMULADO DEL VALOR DE CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR COMERCIALES POR INCORBRABILIDAD (PROVISIONES PARA CREDITOS INCORBRABLES)	0.00
1902	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A- AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	318	OTRAS CUENTAS POR COBRAR A ACCIONISTAS, SOCIOS, PARTICIPES, BENEFICIARIOS U OTROS TITULARES DE DERECHOS REPRESENTATIVOS DE CAPITAL LOCALES	0.00

La información que se descarga (captura de pantalla anterior), deberá extraerse en Excel, colocándose en la parte superior derecha de su pantalla y seleccionará el formato Excel acorde a su equipo (captura de pantalla siguiente). Una vez que haya descargado el archivo en Excel, por medio de una tabla dinámica podrá procesar la información; en virtud de que se repiten los datos generales de la compañía de acuerdo con el número de cuentas existentes (781 cuentas para el caso del balance 2018)

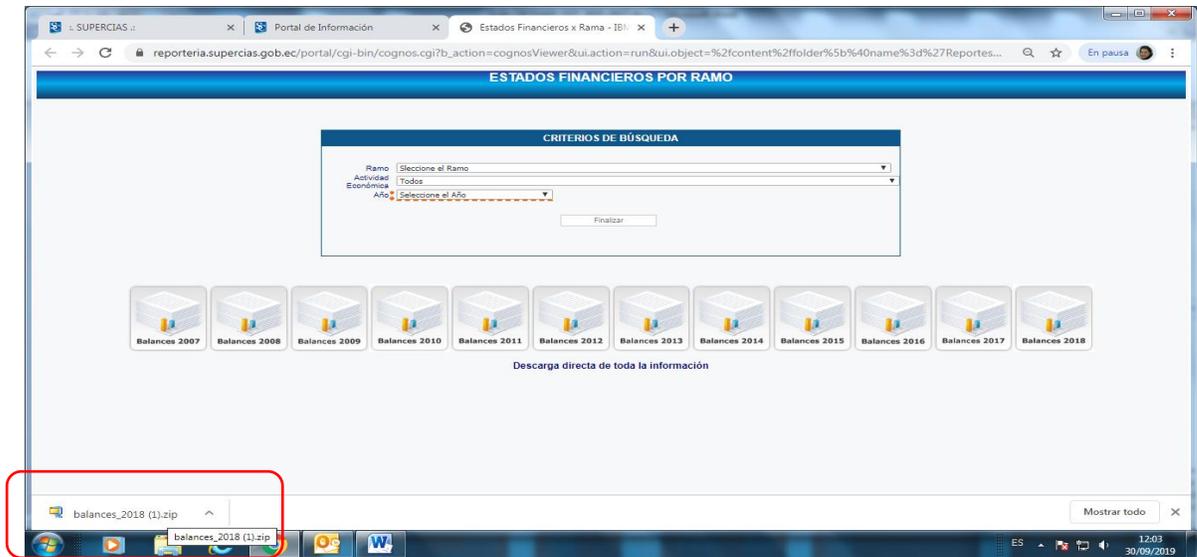
Captura de pantalla siguiente.

Expediente	RUC	Denominación	Ramo	CCIU	Año	Código Cuenta	Nombre de Cuenta	Valor
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	10	INGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN PARAJOS FISCALES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	11	EGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN PARAJOS FISCALES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	12	OPERACIONES DE RESALIAS, SERVICIOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, DE CONSULTORIA Y SIMILARES PARAJOS FISCALES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	13	ACTIVO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	14	PASIVO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	15	INGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	16	EGRESO CON PARTES RELACIONADAS EN OTROS REGIMENES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	17	OPERACIONES DE RESALIAS, SERVICIOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS, DE CONSULTORIA Y SIMILARES OTROS REGIMENES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	29	TOTAL DE OPERACIONES CON PARTES RELACIONADAS	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	3	ACTIVO CON PARTES RELACIONADAS LOCALES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	30	SUJETO PASIVO EXENTO DE APLICACION DEL REGIMEN DE PREDIOS DE TRANSFERENCIA	3.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	311	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	8.485,21
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	312	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES RELACIONADOS LOCALES	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	313	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES RELACIONADOS DEL EXTERIOR	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	314	(-) DETERIORO ACUMULADO DEL VALOR DE CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR COMERCIALES POR INCORBRABILIDAD (PROVISIONES PARA CREDITOS INCORBRABLES)	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	315	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES NO RELACIONADOS LOCALES	236.000,00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	316	CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR CUENTES NO RELACIONADOS DEL EXTERIOR	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	317	(-) DETERIORO ACUMULADO DEL VALOR DE CUENTAS Y DOCUMENTOS POR COBRAR COMERCIALES POR INCORBRABILIDAD (PROVISIONES PARA CREDITOS INCORBRABLES)	0.00
1802	1790040445001	COMPAÑIA ANONIMA AGROPECUARIA	A-AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA Y PESCA.	A0111.11	2018	318	OTRAS CUENTAS POR COBRAR A ACCIONISTAS, SOCIOS, PARTICIPES, BENEFICIARIOS U OTROS TITULARES DE DERECHOS REPRESENTATIVOS DE CAPITAL LOCALES	0.00

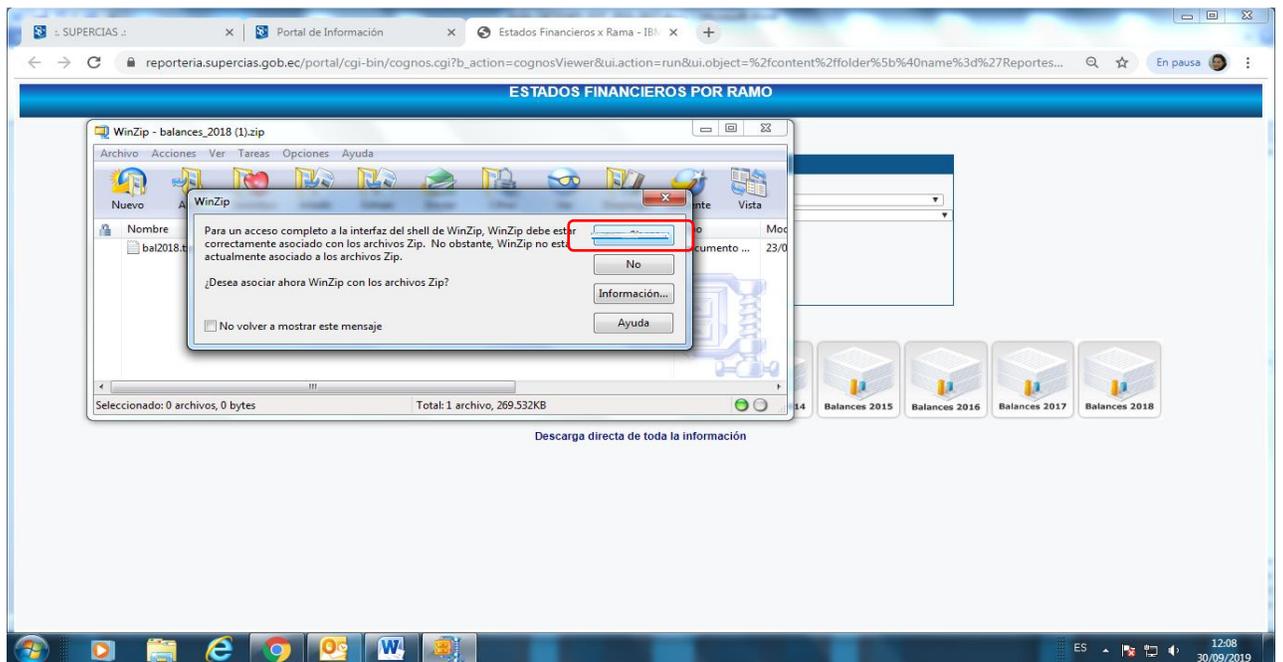
(Archivo descargado en Excel)



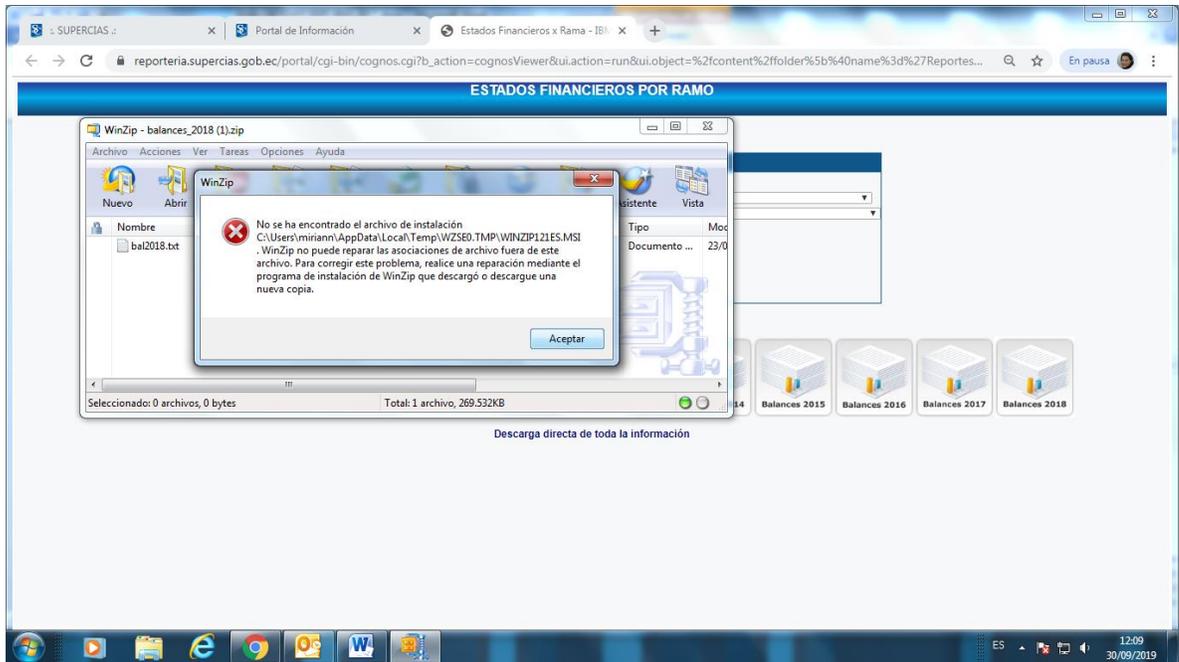
Con este archivo podrá extraer la información en tabla dinámica.



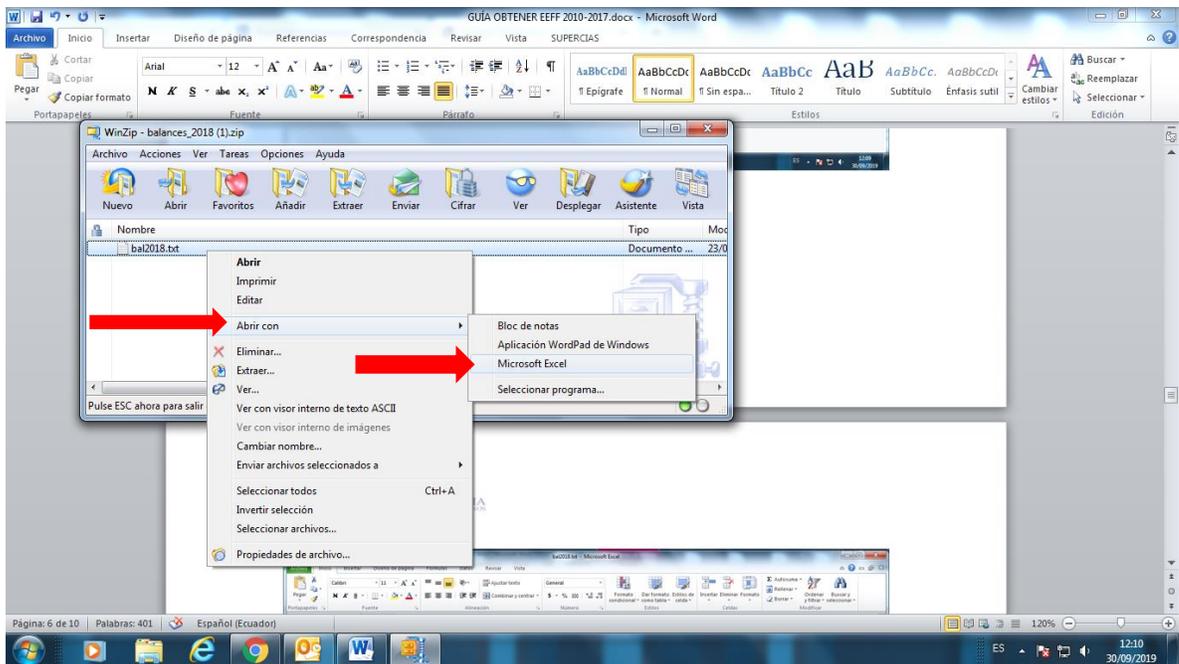
Para abrir extraer la información señalada, de doble click en el archivo y en la siguiente pantalla poner “SI” como se muestra a continuación:



En la siguiente pantalla “Aceptar”



Posteriormente Colocarse sobre el documento de texto con click derecho y “Abrir con Microsoft Excel; y, finalmente obtendrá la información de balance del año seleccionado, como lo apreciará en la siguiente captura de pantalla:



bal2018.txt - Microsoft Excel

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Calibri 11 Ajustar texto General

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celdas Insertar Eliminar Formato

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

A1	=ANIO																			
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P					
1	ANIO	EXPEDIENTE	RUC	NOMBRE	RAMA_ACTIV	DESCRIPCION	CIU	ACTIVO_PPA	PASIVO_PPA	INGRESO_PPE	EGRESO_PPE	OPR_STA	CS	ACTIVO_PPA	PASIVO_PPA	INGRESO_PPE	EGRESO_PPE	OPR_STA	CS	
2	2018	1	1,79E+12	ACEITES TRO A	AGRICULTUR	A0126.01		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2018	258	1,79E+12	COMPANIA EA	AGRICULTUR	A0127.09		0	0	4937.26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50014.42
4	2018	554	1,79E+12	FURUKAWA IA	AGRICULTUR	A0116.05		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	2018	620	1,79E+12	INCUBADOR A	AGRICULTUR	A0146.01	9804467.99	0	2698996.67	0	316536.01	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	2018	762	1,7902E+12	LA VINA CIA A	AGRICULTUR	A0119.03		0	36000.00	51623.28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	2018	1278	1,7903E+12	CULTIVO DE IA	AGRICULTUR	A0220.01	17617.00	3172.87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	2018	1324	1,79E+12	TEXTILES TEX A	AGRICULTUR	A0116.05	50000.00	0	4562.50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2337
9	2018	1342	1,7903E+12	PIRETRO LAT A	AGRICULTUR	A0128.03		0	245710.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	2018	1528	1,79E+12	MURRIN COFA	AGRICULTUR	A0111.39		0	2245780.18	182658.42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	2018	1602	1,79E+12	COMPANIA IA	AGRICULTUR	A0111.11		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	2018	1606	1,09E+12	AGRICOLA CIA	AGRICULTUR	A0141.02		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	2018	1615	1,79E+12	RANCHO BRJA	AGRICULTUR	A0150.00	25645.79	40911.36	0	46851.61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	2018	1633	1,7902E+12	PALFRICASA A	AGRICULTUR	A0126.01		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	2018	1634	1,7905E+12	LALOMA S.A.A	AGRICULTUR	A0119.03		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	2018	1655	1,79E+12	AVESCA AVIA	AGRICULTUR	A0146.01	879726.43	1824610.84	534295.17	812980.41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	2018	1675	9,9015E+11	SOCIEDAD AIA	AGRICULTUR	A0150.00		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	2018	1678	1,7906E+12	SAN FRANCIA	AGRICULTUR	A0122.09		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	2018	1701	1,89E+12	COMPAÑIA IA	AGRICULTUR	A0150.00		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	2018	1833	1,7902E+12	PALMERAS DA	AGRICULTUR	A0126.01	2100987.44	0	45164334.40	0	39000.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	2018	1877	1,2917E+12	AGRIPALBAN A	AGRICULTUR	A0150.00		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	2018	1922	1,7904E+12	COMPANIA IA	AGRICULTUR	A0113.91	8847.12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	2018	1965	1,3918E+12	PROCESADO A	AGRICULTUR	A0112.00		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	2018	2004	9,8165E+11	CORDANIMCA	AGRICULTUR	A0231.02		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

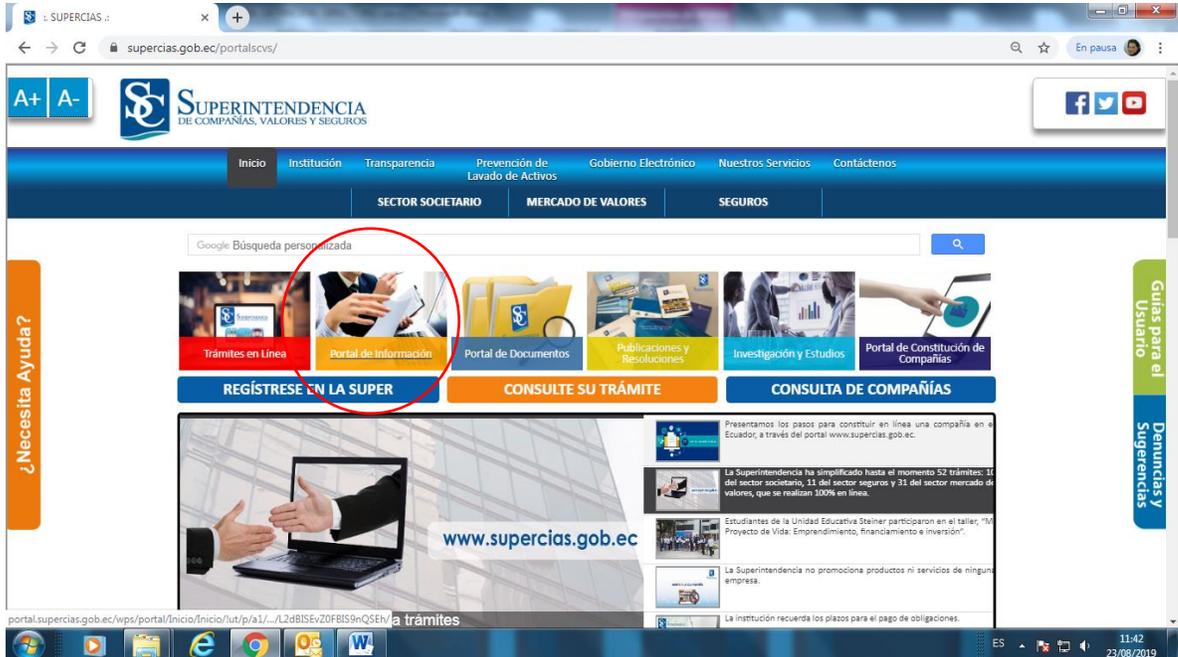
Listo

1215 30/09/2019

ANEXO 8. Guía para obtener el directorio de compañías

PASO 1:

Ingresar a la web institucional www.supercias.gob.ec



PASO 2:

Dar click en **Portal de información**, y abrir el **“Sector Societario”**



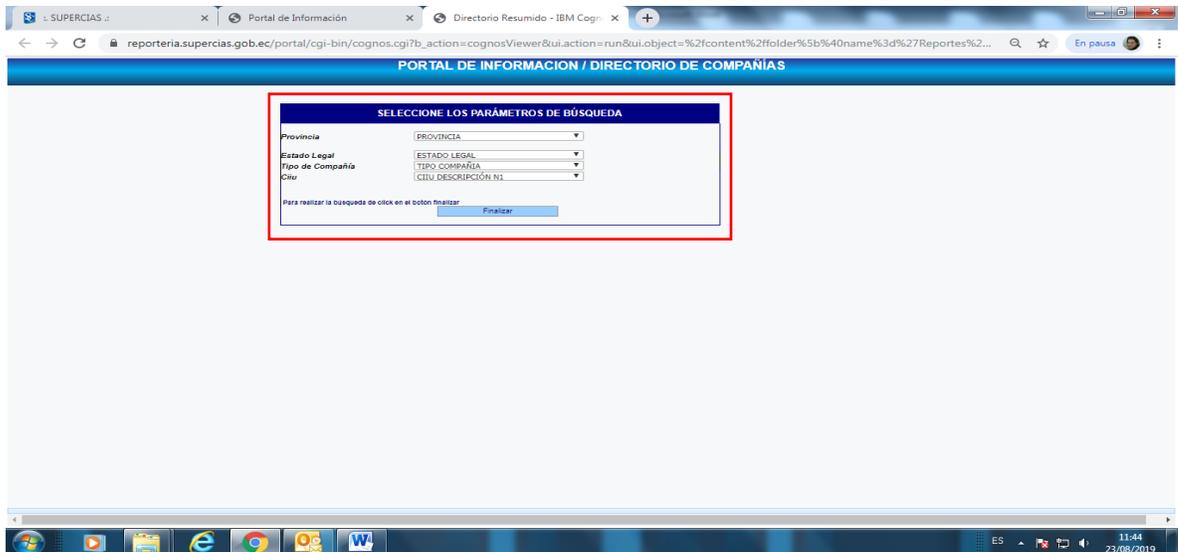
PASO 3:

Seleccionar el ícono de “Directorio de Compañías”.



PASO 4:

En la pantalla generada debe determinar los parámetros de búsqueda en caso de que tenga una consulta específica; o en caso contrario únicamente deberá finalizarla cuyo resultado será el directorio de compañías registrados en esta Superintendencia en línea; y, contiene datos de carácter general por compañía, los que podrá trabajarlos por medio de filtro de acuerdo con su necesidad.

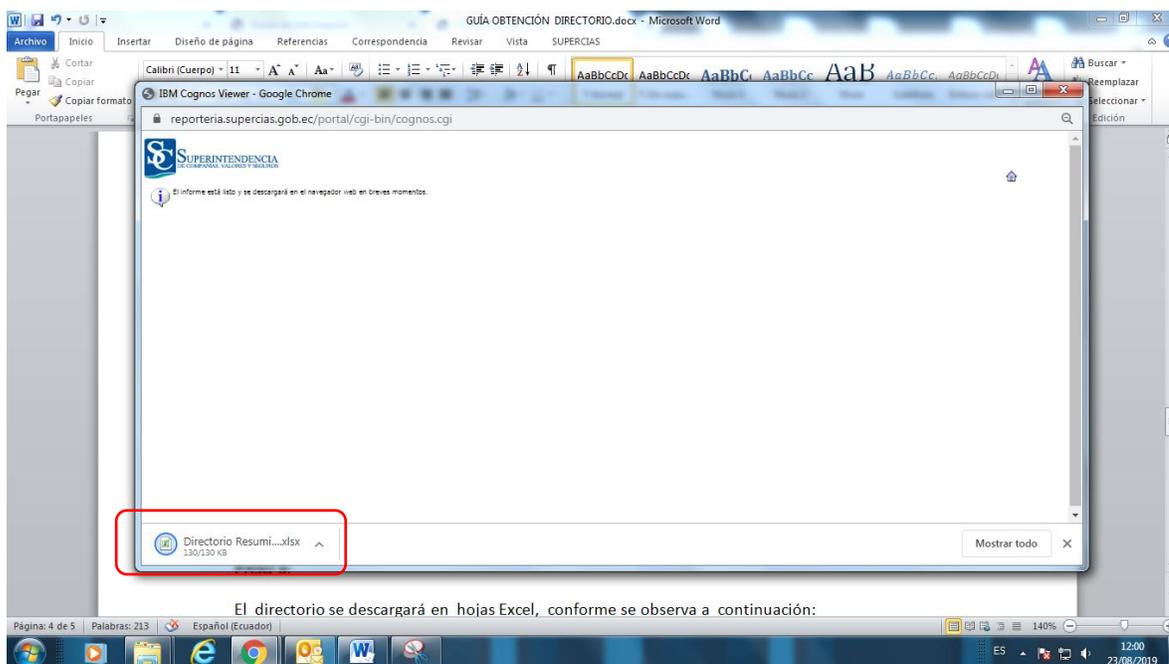


PASO 5:

Para extraer el reporte generado en Excel deberá colocarse entre los dos íconos a la derecha de su pantalla y determinar el formato en Excel compatible con su equipo y pueda trabajar con los filtros acordes a su necesidad; El detalle de los datos que se disponen en el directorio se compone de: Expediente, RUC, nombre compañía, fecha constitución, país, situación legal, tipo compañía, CIIU Código N°1, CIIU Código N°6, capital suscrito, región, provincia, cantón, ciudad, calle, número, intersección, edificio, barrio, teléfono, último balance, inversión extranjera directa, representante legal y cargo, como podrá observar en la captura de pantalla.

PORTAL DE INFORMACIÓN / DIRECTORIO DE COMPAÑÍAS

EXPEDIENTE	RUC	NOMBRE COMPAÑÍA	FECHA CONSTITUCIÓN	PAIS	SITUACIÓN LEGAL	TIPO COMPAÑÍA	CIIU CODIGO N°1	CIIU CODIGO N°6	CAPITAL SUSCRITO	REGIÓN	PROVINCIA	CANTÓN	CIUDAD	CALLE	NÚMERO	INTERSECCIÓN	EDIFICIO	BAI	VER EN FORMATO HTML	VER EN FORMATO PDF	VER EN FORMATO XLS	VER EN FORMATO CSV	DESCARGAR ESTE REPORTE EN EXCEL	LEGAL	
87085	1791409841001	MULTI GESTION MG CIA LTDA.	01-09-09 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0322.01	400	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	JOSE TAMAYO	ES-37	CALLE A								HERNAN FERNANDEZ GRACE ELIZABETH	
173244	1792466593001	ALPAPAMBULI S.A.	22-09-13 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	ANÓNIMA	A	A0129.01	800	SIERRA	RICHINCHA	PEDRO VICENTE MALDONADO	PEDRO VICENTE MALDONADO	VIA AL CISNE	SIN	RECINTO ANDOAS		SIN	022392035	2018	NO			ARRIVO ARGOTI NELLY ELENA	
170726	1792444647001	ROMO & SAENZ ASOCIADOS S.A.	17-06-13 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	ANÓNIMA	A	A0150.00	3.000	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	SAN JOSE DE ISUARO	SIN	SIN		EL QUINCHE	022123088	2018	NO			ROMO SOLINEZ ALFONSO JAVIER	
154204	1792003871001	L.P. MARCELO RACHIDO CIA. LTDA.	09-09-05 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0146.01	229.000	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	PUEMBO	VIA INTENOCENICA	KM 23	SIN	LA LIBERTAD	022380388	2018	NO				AMAGUANA COLLASUANO SUSANA MATILDE	
130667	0992956792001	LAS FLOWERS S.A.	20-09-08 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	ANÓNIMA	A	A0119.03	800	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	AV. SANTA ISABEL	289	CALLE A	CASA	ELOY ALFARO DELGADO	23004029	2018	NO				ESPINO LOPEZ NATALIA BELEN
716168	1792835127001	AGRICOLA AGRONIA CIA LTDA.	12-08-18 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0161.01	1.000	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	ALONSO DE TORRES	N40-37	JOSE JUSSEU	MONTEBELLO	EL BOSQUE	099963692	2018	NO			BUENO GANDOTENA ANA MARIA	
712362	1792789787001	FINCA RIO-URRUGO CIA LTDA.	12-09-17 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0127.01	400	SIERRA	RICHINCHA	RUMINAHUI	SAN RAFAEL	LOS CACTUS	30	LOS CEDROS	CAPELO		22861437				SI	MARCOM THELMA RUTH	
713902	1792789699001	SERVICIOS AGRICOLAS ENVAJES TECH AGRICOTECH S.A.	31-01-17 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	ANÓNIMA	A	A0161.02	800	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	CATALINA ALDAZ	N3-024	PORTUGAL	BRISTOL	EL BATAN	323282633				NO	LUCERO QUANGUA DIEGO IVAN	
15832	1792087821001	DAVINCIROSES EXPORTACIONES CIA LTDA.	12-06-07 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0119.03	1.000.000	SIERRA	RICHINCHA	PEDRO MONCAYO	TABACUNDO	ISIDRO AYORA	SIN	A DOS CUADROS DE FLORES	SECTOR HACIENDA MOJANDA	LA CRUZ	022385354	2018	SI			GUERRERO TORRES LUIS FERNANDO	
720292		AGRICULTURA Y GANADERIA ADORES CIA LTDA.	27-08-18 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	RESPONSABILIDAD LIMITADA	A	A0113.39	1.000	SIERRA	RICHINCHA	MEJIA	MACHACHI	AV PANAMERICANA SUR	SIN	VIA MACHACHI		EL OBRAJE	023611053				NO	BUENO GANDOTENA RODRIGO ARTURO	
87539	1791415043001	PALMODEL S.A.	16-08-09 00:00:00	Ecuador	ACTIVA	ANÓNIMA	A	A0126.01	800	SIERRA	RICHINCHA	QUITO	QUITO	SAN JOSE	E15-77	DE LOS GUAYACANES			023264820	2019	NO			APULO RAMIREZ AMAN RODRIGO	



PASO 6:

Dar doble click al archivo que se señala en la imagen anterior para que se despliegue el archivo como se muestra a continuación.

GUÍA OBTENCIÓN DIRECTORIO.docx - Microsoft Word

Directorio Resumido.xlsx - Microsoft Excel

Archivos Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Portapapeles Pegar Fuente Fuente Alineación Combinar y centrar General Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celdas Insertar Eliminar Formato Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

A1 PORTAL DE INFORMACIÓN / DIRECTORIO DE COMPAÑÍAS

	A	B	C	D	E	F
1						
2						
3						
4	EXPEDIENTE	RUC	NOMBRE COMPAÑIA	FECHA CONSTITUCION	PAIS	SITUACION LEGAL
5	7219801		ANCAPAGRI AGROGANADERIA S.A.	18-ene-19 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
6	307577	792778778001	SERVIFUMIAGRO AGRÍCOLA Y SERVICIOS DE FUMIGACION PAZ VALLEJO S.A.	26-jul-17 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
7	157857	792085756001	CROMFIN CIA. LTDA.	08-may-07 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA RESPONSABILIDAD
8	308545	792809452001	AGRICOLA NATURA PRIDE NATUPRI S.A.	08-nov-17 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
9	313077	7928060711001	FRUTAS DEL VALLE DEL CHACO FRUITSVALLE S.A.	15-feb-19 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
10	300251	792538250001	AGRICOLA CAHUËNAS ALBORNOZ AGRICAHAL S.A.	17-nov-14 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
11	307863	792786142001	GLOBAL EXPORT CH&G INDUSTRIA ALIMENTICIA EXPORTCH&G S.A.	23-ago-17 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
12	91236	791773047001	COMERCIAL AGRICOLA SAN JOSE CASAJ CIA. LTDA.	10-jul-01 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA RESPONSABILIDAD
13	181595	792532284001	MEGAGROSTORE CENTRO AGROPECUARIO S.A.	15-oct-14 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
14	306323	792741726001	AGRODEMART S.A.	03-mar-17 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
15	45845	790811905001	GUANGUILQUI AGROPECUARIA INDUSTRIAL S.A. GUAISA	07-jul-87 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
16	311689	792907101001	ACUACULTIVOS LEMAR DEL PACIFICO LEMARPAC S.A.	24-sep-18 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
17	49431	791308651001	AGRICOLA CHAQUISCACOCHA S.A.	08-dic-95 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
18	154733	792015103001	FLOREXCELENT S.A.	22-nov-05 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
19	159705	792128359001	OKROSES S.A.	25-mar-09 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA ANÓNIMA
20	79066	4470001	AGROPECUARIA TROVA AGROPECUARIA LTDA	27-mar-16 00:00:00	ECUADOR	ACTIVA RESPONSABILIDAD

Page1 1

1201 23/08/2019

