

Observatorio de Financiamiento para el Desarrollo

Nota Técnica n° 5

septiembre 2023 – febrero 2024

ISSN digital: 2806-5603



Financiamiento
para el Desarrollo
en Ecuador

Observatorio

Editora
Katuska King

Observatorio de Financiamiento para el Desarrollo.
Nota Técnica N° 5
septiembre 2023 - febrero 2024
ISSN en línea: 2806-5603
Editada por Katuska King
Universidad Central del Ecuador
Ciudadela Universitaria Av. América
Quito - Ecuador

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional License.

Usted es libre de: Compartir-copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones siguientes:

- **Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante. Si utiliza parte o la totalidad de esta investigación tiene que especificar la fuente.
- **No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin Obras Derivadas** — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por la ley no se ven afectados por lo anterior.



El contenido de los artículos y reseñas publicadas es responsabilidad de los autores y autoras, no refleja el punto de vista u opinión de la Universidad Central del Ecuador.

The content of the published articles and reviews is the responsibility of the authors and does not reflect the point of view or opinion of the Universidad Central del Ecuador.

ISSN en línea: 2806-5603

ISSN: 2806-559X

Observatorio de Financiamiento para el Desarrollo. Nota Técnica (publicación científica semestral)

Universidad Central del Ecuador
Ciudadela Universitaria Av. América
Quito - Ecuador

Editora/responsable:

Dra. Katuska King
Universidad Central del Ecuador

Comité editorial Ecuador

René Unda Lara
Universidad Politécnica Salesiana - UPS

Franklin Ramírez Gallegos
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO

Consejo asesor internacional

Luciano Wexell Severo
Universidade Federal da Integração Latino-americana - UNILA

Presentación

Esta es la quinta edición de la Nota Técnica del proyecto de investigación “Financiamiento para el Desarrollo en Ecuador” de la Universidad Central del Ecuador. Esta edición coincide con la reciente publicación de la propuesta no vinculante realizada por la comisión impulsada por el gobierno de Lasso para reformar las pensiones en Ecuador. Esa propuesta toca tangencialmente los temas de salud.

En esta edición se presentan tres textos relacionados con temas de la salud. El primer artículo escrito por Xavier Maldonado nos habla de la medicina defensiva en Ecuador, un asunto poco explorado y con repercusiones para la totalidad del sistema. El segundo artículo elaborado por Jairo Humberto Restrepo-Zea, nos muestra un recorrido histórico por el sistema de salud en Colombia, sus avances y logros desde los años 90 hasta la fecha, así como la reciente intención de reforma por parte del gobierno de Petro. En el tercer artículo, María Belén Mena y Juan Carlos Sánchez analizan la disponibilidad de medicamentos para enfermedades negligenciadas como lo es la toxoplasmosis, una enfermedad tropical.

Luego, se cuenta con un artículo de Ariel Ferrari de Uruguay sobre la importancia del diálogo social y su experiencia desde el Banco de Previsión Social. Este Nota finaliza con un artículo elaborado por Mateo Acosta sobre la naturaleza y funcionamiento de los créditos revolventes, una figura financiera que se puede presentar con el uso de las tarjetas de crédito.

La Nota Técnica es una publicación científica semestral con artículos inéditos que aborda las áreas de conocimiento de economía, ciencia política, finanzas, estadística, derecho y relaciones internacionales. La publicación está dirigida a la comunidad universitaria, jóvenes y a todos quienes se interesen por los temas de la seguridad social y salud en el Ecuador y la región latinoamericana. El objetivo es reflexionar sobre los principales retos y debates que enfrenta el sistema de seguridad social en el país y el mundo. Tanto en la página web de la Universidad como del **Observatorio Financiero**

(<https://www.observatoriofinanciero.org/nota-tecnica-revista-semestral/>) se pueden consultar las directrices para autores para próximos envíos. La información de la revista también está disponible en esta página web: <https://revistasdivulgacion.uce.edu.ec/index.php/OBSERVATORIO>

Katuska King Mantilla

Contenido

Presentación	3
	Katiuska King Mantilla
Aproximación a la Medicina Defensiva en Ecuador	6
	Xavier Maldonado
Reforma a la salud en Colombia: ¿gradualidad o ruptura?	15
	Jairo Humberto Restrepo-Zea
Brechas de mercado de medicamentos para tratar la toxoplasmosis en Ecuador	28
	María Belén Mena Juan Carlos Sánchez
El valor y las razones para el diálogo social	33
	Ariel Ferrari
Créditos <i>revolving</i>, su naturaleza y funcionamiento	38
	Mateo Acosta

Aproximación a la Medicina Defensiva en Ecuador

Xavier Maldonado*
Universidad Central del Ecuador

*Recibido: 6 de agosto de 2023
Aceptado: 30 de agosto de 2023*

Resumen

Este artículo comienza conceptualizando la salud para luego realizar una primera aproximación a la medicina defensiva en Ecuador que es un fenómeno poco analizado. Se busca establecer los hitos que han marcado la medicina defensiva en el país y sus efectos. Se utiliza una metodología mixta en la que se utiliza información de un establecimiento de tercer nivel de complejidad con información del 2007 al 2017. Se concluye que es importante que la práctica médica piense más en el bienestar del paciente y la totalidad del sistema antes que en los posibles reclamos judiciales.

Palabras clave: medicina defensiva, Ecuador, salud, práctica médica, judicialización de la salud

Abstract

This article begins by conceptualizing health, then makes a first approach to defensive medicine in Ecuador, a phenomenon that has been little analyzed. It seeks to establish the milestones that have marked defensive medicine in the country and its effects. A mixed methodology is used in which information from a third level of complexity facility is used with information from 2007 to 2017. It is concluded that it is important for medical practice to think more about the welfare of the patient and the entire system before possible legal claims.

Keywords: defensive medicine, Ecuador, health, medical practice, health judicialization

* Docente - investigador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Contacto: fxmaldonado@uce.edu.ec

Introducción¹

A lo largo de la historia, la concepción de “salud” se ha ido modificando hasta quedar reducida casi exclusivamente a servicios de atención médica. Si bien este cambio se ha traducido en mejoras en la calidad y años de vida, el costo que hemos pagado es altísimo si se toma en cuenta la medicalización y mercantilización que han experimentado la vida y sus circunstancias.

Desde los años 70 del siglo anterior se empieza a hablar de la inserción de la Salud en los mercados, pero es desde los 80 que toma fuerza con la publicación del entonces editor del “New England Journal of Medicine” Arnold Relman de un artículo sobre lo que él denominó el “Nuevo Complejo Médico Industrial” (Relman, 1980)

El autor no rechaza el carácter mercantil de la salud, su cuestionamiento, está en quien debe manejarlo. Propone que la “mercancía salud” al tener ciertas particularidades, debe ser manejada por profesionales de la medicina y no por agentes externos. Una de las características es que, en esta relación, los integrantes 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.

Para enfrentar esta asimetría se ha establecido lo que se conoce como una “relación de agencia” en la que, la una parte, el usuario de los servicios es decir el 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. (Bellón Saameño, 2006)

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)

Como una consecuencia de este fenómeno, la atención sanitaria puede tener un doble origen, puede estar iniciada por el profesional o por el usuario. 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)

Se ha estimado que en algunos casos el 90% de los gastos de atención médica son iniciados o controlados por médicos, es decir, prácticamente intervienen en casi todos los gastos. (Wilensky & Rossiter, 1983)

Esta demanda inducida tiene un impacto altísimo sobre la gestión 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, lo que se conoce como prevención cuaternaria (Kopitowski, 2013).

En el caso ecuatoriano, la demanda inducida por el proveedor responde, en gran medida, a una serie de políticas implementadas. Su análisis a profundidad rebasa

¹ Este artículo es una adaptación de la tesis doctoral del autor “Estudio del complejo médico industrial en Ecuador. Análisis de 2008 a 2017”.

los objetivos del presente ensayo, por tanto, nos vamos a enfocar en un fenómeno muy poco estudiado en nuestro medio, la medicina defensiva.

Medicina defensiva

En los últimos 30 o 40 años el ejercicio de la medicina ha experimentado un vuelco gigantesco. Factores como el desarrollo tecnológico aplicado a procedimientos diagnósticos y terapéuticos; facilidad en el acceso a información (generalmente de mala calidad); deterioro de la relación médico - paciente; y la conceptualización de la medicina como una garantía de resultados y no de procesos, han llevado a judicializar su ejercicio.

El miedo a ser demandado puede modificar la actitud diagnóstica y terapéutica del médico llegando incluso a convertirse en un búmeran al exponer a un paciente a un riesgo no justificado, propiciando de este modo la iatrogenia². Esta forma de ejercer la medicina no tiene ningún beneficio sobre el paciente que puede ser sometido a intervenciones innecesarias que representen beneficios marginales y costos elevados. (U.S. Congress, Office of Technology Assessment, 1994)

De esta forma surge en los Estados Unidos una nueva forma de practicar la medicina denominada “Medicina Defensiva”, que fue descrita por primera vez en 1978 (Guzman Mejía et al., 2011). En algunos países se ha reportado que, ante potenciales demandas, los profesionales de la salud tienden a incrementar una práctica “defensiva” que podría conllevar una sobreutilización de recursos diagnósticos y terapéuticos (Bal, 2009). Esta afectación también se verá reflejada en el sistema de salud ya que aumenta su gasto por intervenciones no justificadas.

La medicina defensiva 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, 2023.). 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; y 5) Potencial riesgo por intervenciones innecesarias (Minossi & Silva, 2013; Sekhar & Vyas, 2013).

El caso ecuatoriano

El litigio relacionado con el ejercicio profesional en salud es un fenómeno relativamente nuevo y que tiene, al menos, 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 fue trasladada a una clínica privada donde se demoró su atención hasta que presente un respaldo con una tarjeta de crédito. Si bien la

² Iatrogenia: “Alteración, especialmente negativa, del estado del paciente, producida por el médico” (RAE)

condición médica de la paciente era muy grave y de mal pronóstico, 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 en 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 hacía imprescindible la adecuación de reformas jurídicas. Un primer intento se dio en 2010, pero por falta de acuerdos políticos en el interior de la Asamblea Nacional no se aprobó el proyecto de ley de mala práctica médica que se había propuesto.

Finalmente, luego de un debate intenso, prolongado y muy mediatizado, en 2014 se aprueba el Código Orgánico Integral Penal – COIP, que recoge y agrupa toda la legislación relativa a materia penal en un solo cuerpo articulado. Este, al ser “Orgánico” según el art. 425 de la Constitución del Ecuador (2008) está por encima de las leyes ordinarias y demás cuerpos normativos en materia penal.

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 praxis³, el COIP propone la tipificación de un nuevo delito el “Homicidio culposo por mala práctica profesional” (Código Orgánico Integral Penal, 2014) pese a que el país sí contaba con legislación para sancionar delitos culposos como lesiones o muerte y se había aplicado previamente. Entonces, desde esa óptica, no tenía sentido incorporar 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, ya 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). Más allá de las movilizaciones, se piensa que este hecho también modificó la forma de ejercer la medicina.

³ “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 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)

Pistas del impacto de la Medicina Defensiva en Ecuador

Resulta ambicioso para este texto evaluar los impactos de la medicina defensiva. Solamente se hará una aproximación inicial para identificar si existe asociación entre esta nueva forma de practicar la medicina y el uso de tecnologías sanitarias⁴.

El escenario más adecuado que se consideró fue un hospital de tercer nivel de complejidad, que tenga todos los auxiliares diagnósticos y que durante el período determinado para el estudio no haya presentado cambios significativos en número de camas, especialidades, especialistas, es decir, que no se ha modificado sustancialmente el número de atenciones. El hospital seleccionado fue el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, de la ciudad de Quito.

Luego de recibir la información del Ministerio de Salud, se agrupó por años todos los auxiliares diagnósticos, estos incluían: exámenes hematológicos, de hemostasia, bioquímicos, electrolitos, inmunoquímica, examen de orina, examen de heces, serología, bacteriología, gasometría, tuberculosis y pruebas especiales realizados entre 2007 y 2017 provenientes de consulta externa, hospitalización y emergencia. Estos resultados se cotejaron con el número de consultas realizadas en el mismo período de tiempo y en las mismas áreas.

Los resultados muestran que a pesar de que el número de consultas médicas no presenta una variación importante, el uso de todos los auxiliares diagnósticos si lo hace de forma significativa. Esto se puede observar en las tablas 1 y 2 así como en la figura 1.

Tabla 1: Servicios auxiliares de diagnóstico en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	Consulta 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

Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud

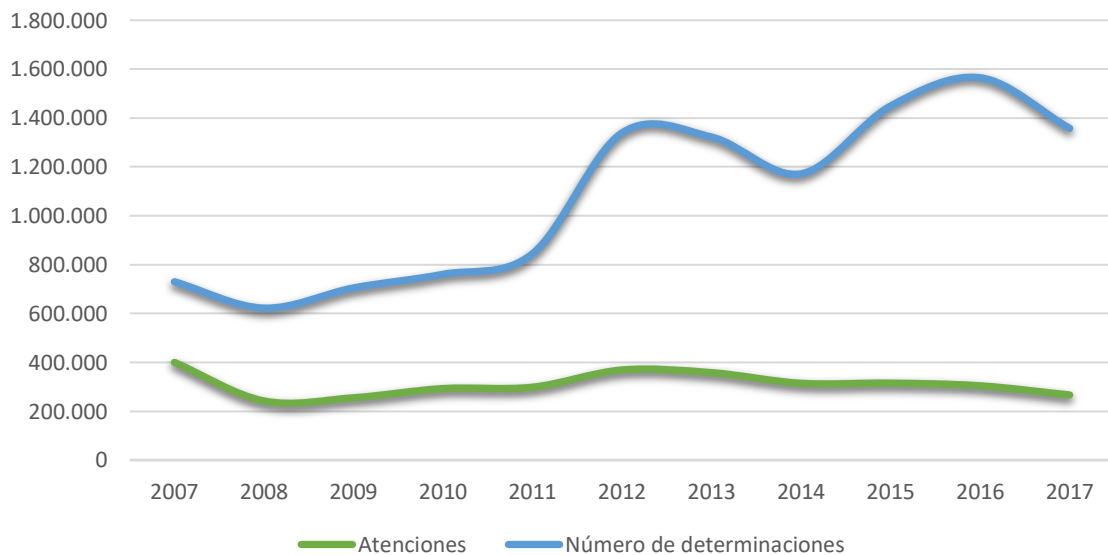
⁴ “Las tecnologías sanitarias son todos los recursos que se utilizan con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como los medicamentos, los equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y los sistemas 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

Tabla 2: Número de atenciones en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

	Consulta 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 1: Relación atenciones - auxiliares diagnósticos en el Hospital Eugenio Espejo. Años 2007 - 2017

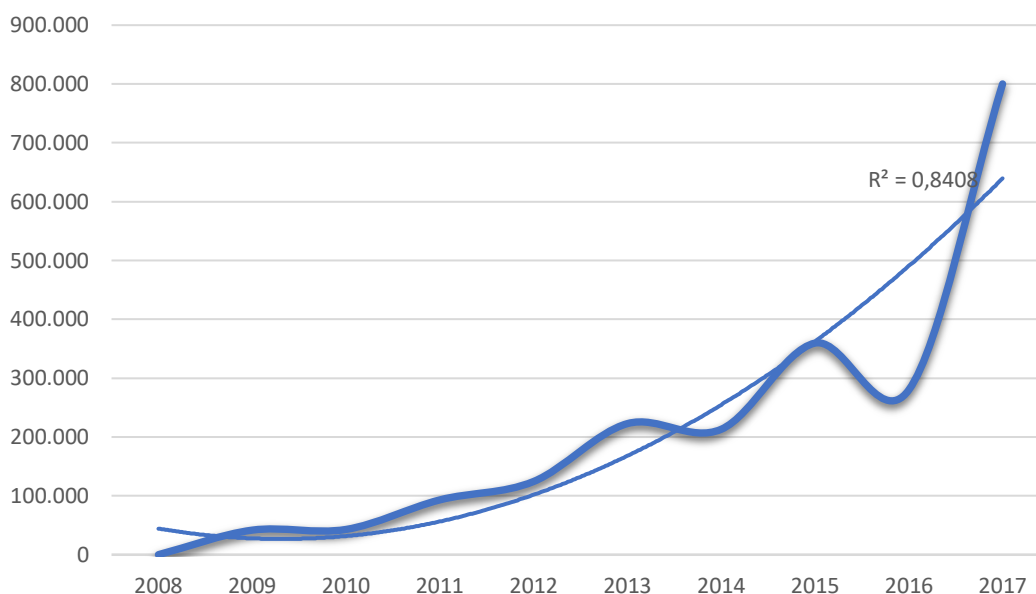


Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Salud

Es notorio que desde que el tema de la mala práctica entra en el debate público, los mecanismos de “protección” de los médicos se evidencian en el aumento en la realización de exámenes diagnósticos.

El segundo hecho analizado fue el crecimiento de los seguros de responsabilidad civil, mal llamados “seguros de mala práctica médica”. Se revisó la información de la Superintendencia de Compañías y Valores para analizar el crecimiento de este segmento. Los resultados se pueden observar en la Figura 2 y muestran un crecimiento de casi 20 veces.

Figura 2: Ingresos en empresas de seguros de Responsabilidad civil periodo 2008 - 2017 (CIU: K6512.01)



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

A manera de conclusión

Es cada vez más común en la práctica médica que en el momento de tomar una decisión se piense más en reclamos judiciales antes que en el beneficio del paciente y peor aún del sistema en su totalidad. Se solicita realizar auxiliares diagnósticos como estudios de imagen o de laboratorio innecesarios con el pretexto de “documentar el caso” o “para cubrirse las espaldas” aunque esta práctica podría incluso aumentar el riesgo o las complicaciones.

La medicina defensiva es un fenómeno que debe ser investigado con mayor profundidad y utilizando una metodología más compleja que integre todas las variables que deben ser analizadas. De cualquier forma, esta primera aproximación nos permite realizar un acercamiento inicial de este fenómeno.

Es también un tema prioritario por la seguridad de los pacientes que se someten a intervenciones innecesarias y que les genera mayor riesgo, llegando a ser la tercera causa de muerte en Estados Unidos de Norteamérica (Makary & Daniel, 2016) con costos elevadísimos para el presupuesto dedicado a salud por parte de los gobiernos. En Estados Unidos se calcula que la medicina defensiva representa el 20% del costo final de la atención médica (Dávila Rodríguez, 2018).

Como se había mencionado al inicio, el deterioro de la relación médico - paciente es muy marcado. Para recuperarlo, entre otras actividades se debe reforzar la toma de decisiones compartidas sobre hechos concretos. Mejorar la

comunicación proporcionando información detallada y de forma entendible que incluya riesgos, beneficios, efectos secundarios, etc.

Finalmente, el Ministerio de Salud y la Academia deberían liderar un proceso para des-mercantilizar la salud, por un lado; y por el otro, garantizar una Educación médica continua de calidad e independiente de las industrias conexas al sector salud.

Referencias

- 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>
- 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>
- 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>
- 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)
- 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
- Clínica Universitaria de Navarra. (s. f.). *Diccionario Médico*.
- Dávila Rodríguez, A. A. (2018). Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cirujano General*, 40(1), 54-60.
- 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
- Guzman 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.
- Kopitowski, K. S. (2013). *Prevención cuaternaria: Se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria*. 33(3), 90-95.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—The third leading cause of death in the US. *BMJ*, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- 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>

- Relman, A. (1980). The new medical-industrial complex. *The New England Journal of Medicine*, 303(17), 963-970.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>
- 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>
- 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>
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment. (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice* (Vol. 1). Government Printing Office.
- 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.
- 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>

Reforma a la salud en Colombia: ¿gradualidad o ruptura?

Jairo Humberto Restrepo-Zea^{††}
Universidad de Antioquia

*Recibido: 25 de julio de 2023
Aceptado: 31 de agosto de 2023*

Resumen

En Colombia se creó el sistema de seguridad social en salud a partir de la Ley 100 de 1993. Desde entonces, el país ha avanzado de manera significativa hacia la cobertura universal en salud. Cerca del 100% de la población está asegurada, los servicios cubiertos representan 95% de los medicamentos y procedimientos disponibles en el país, y la protección financiera se hace efectiva con un gasto de bolsillo bajo. Los avances del sistema han estado acompañados o impulsados por cambios graduales y unos ciclos de discusión sobre reforma a la Ley 100, buscando resolver debilidades que también se presentan, de manera especial barreras al acceso y dificultades para la sostenibilidad financiera. En 2023, como parte de las propuestas de cambio del gobierno 2022-2026, en el país se discute una propuesta de reforma estructural. La tradición gradualista y la falta de rigor técnico y de consenso político indican que será muy poco probable que se presente una ruptura para dar paso a un sistema diferente y a resolver problemas de fondo.

Palabras clave: sistema de salud, reforma, Colombia

Abstract

In Colombia, the social security health system was created by Law 100 of 1993. Since then, the country has made significant progress towards universal health coverage. Nearly 100% of the population is insured, the services covered represent 95% of the drugs and procedures available in the country, and financial protection is effective with low out-of-pocket spending. The progress of the system has been accompanied or driven by gradual changes and a few cycles of discussion on the reform of Law 100, seeking to resolve weaknesses that are also present, especially barriers to access and difficulties for financial sustainability. In 2023, as part of the proposals for change of the 2022-2026 government, a structural reform proposal is being discussed in the country. The gradualist tradition and the lack of technical rigor and political consensus indicate that it will be very unlikely that there will be a break to make way for a different system and solve fundamental problems.

Keywords: health system, reform, Colombia

^{††} Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas en la Universidad de Antioquia.
Contacto: jairo.restrepo@udea.edu.co

Introducción

El sistema de salud vigente en Colombia fue adoptado mediante la Ley 100 de 1993 y comenzó a operar en enero de 1995. La reforma contenida en esta Ley se dio en medio de la euforia nacional que siguió a la promulgación de la Constitución de 1991, con grandes expectativas en torno a la consagración del Estado Social de Derecho (ESD) (Garay, 2002). Las aspiraciones por un Estado más grande y garantista incluían a la salud, y fue así como la reforma de 1993 se diferenciaba en varios aspectos de las recomendaciones que dominaban la agenda internacional (Restrepo, 2022). Especialmente, la reforma colombiana se produjo en un escenario de buen crecimiento económico y no de crisis como en otros países, la misma estuvo acompañada de un aumento sustancial de recursos públicos, y con ella se adoptó una meta ambiciosa de cobertura universal que no seguía la recomendación dominante en el momento, acerca de los paquetes básicos o esenciales para la atención de la salud (Banco Mundial, 1993).

Durante este tiempo, el sistema ha presentado avances y procesos de maduración, pero también ha sufrido incumplimientos y puntos débiles que el país debe superar. Entre los logros se destacan la cobertura y la protección financiera. La población cubierta por el seguro de salud pasó de un 22% en 1993 al 99% en 2022 (MSPS, 2023); por su parte, como una medida de protección financiera, los pagos de bolsillo pasaron de representar el 38% al 14% del gasto total en salud en uno y otro año (Maldonado et al, 2023). A la par con estos logros, los indicadores de salud en general también han presentado un comportamiento positivo. Es el caso de la mortalidad infantil, que pasó de 29 defunciones en menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1990 a 11 en 2021, y la esperanza de vida al nacer, que pasó de 65 a 72 años, respectivamente (Banco Mundial, 2023). No obstante, se discute el alcance de estos resultados en el marco de los determinantes de la salud y teniendo en cuenta que se presentan desarrollos desiguales en el territorio nacional (Agudelo et al, 2011).

Es importante resaltar también que el sistema ha evolucionado en términos institucionales y normativos (Restrepo, 2022a), de manera que a lo largo de estas tres décadas se han promulgado varias leyes con ajustes al sistema y con propuestas de reforma que no han prosperado, particularmente en 2013 y 2021 (GES, 2013; Jaimes, 2021). Un momento crucial en el desarrollo del sistema, como parte de las aspiraciones por la materialización del ESD, lo constituyó la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud en 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud (GES, 2015).

En cuanto a las debilidades y los problemas por resolver se destaca que, a pesar de los avances en cobertura, el acceso efectivo no se realiza de manera universal y equitativa, así que se presentan barreras que afectan principalmente a población pobre y a comunidades ubicadas en territorios en donde la oferta de servicios resulta menor (Restrepo et al, 2014). Como parte de una gobernanza débil (Restrepo y Zapata, 2021), el sistema exhibe fallas en la coordinación entre actores y la articulación con otros sectores que resultan claves en cuanto están a cargo de determinantes sociales de la salud. La falla más sobresaliente descansa en una baja provisión de la salud pública, lo cual resulta contradictorio con los avances en cobertura y significa que el sistema puede ser efectivo para atender enfermedades pero hacen falta esfuerzos más contundentes en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Esto se puso en evidencia en medio de la pandemia del covid-19, cuando el país se destacó por garantizar cobertura y protección financiera (Restrepo, Palacios y Espinal, 2022), al tiempo que se develaron debilidades en materia de salud pública (Franco, 2022).

En este contexto, el gobierno del período constitucional 2022-2026 propuso una reforma estructural al sistema de salud bajo la consideración de que como está estructurado, el sistema no permite el goce efectivo del derecho a la salud y, por tanto, es necesario eliminar a las aseguradoras y fortalecer la provisión de servicios con un mayor predominio de los centros de atención primaria, los cuales constituirían un agente fundamental del nuevo sistema (MSPS, 2023a). En la práctica, con esta propuesta se evidencia que si bien la Ley 100 que aprobó el Congreso recogió acuerdos políticos y tuvo en cuenta diferentes alternativas planteadas en el debate, el consenso no resultó muy fuerte y de allí que han existido voces críticas opuestas a su implementación y quienes señalaban especialmente su inconformidad con la participación privada en la provisión de servicios y en la administración de los recursos de la seguridad social (Restrepo, 2007). Esta discusión se mantiene y habrá de resolverse nuevamente mediante ajustes adicionales al sistema, conservando la vocación gradualista, o bien, mediante una ruptura con el actual sistema y la adopción de uno estructuralmente diferente.

En este artículo se presenta una visión panorámica sobre el sistema de salud colombiano y los puntos sobre los cuales se concentra la discusión de reforma, destacando los avances y desafíos del sistema a lo largo de su historia y la propuesta gubernamental de 2023. A partir de esta introducción se ilustran las bases del sistema de salud colombiano (segunda sección), se hace un breve recorrido por los avances y cambios graduales del sistema (tercera sección), se presentan las debilidades del sistema y la propuesta de cambio estructural (cuarta sección), y se hace una discusión final en torno a las alternativas de reforma (quinta sección).

Las bases del sistema de salud colombiano

Siguiendo los artículos constitucionales 48 y 49, como parte de una reforma a la seguridad social integral (pensiones, salud, riesgos laborales y servicios sociales complementarios), la Ley 100 creó el sistema general de seguridad social en salud, al cual le asignó dos objetivos: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Buscando superar la fragmentación y la segmentación, características de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe (Maceira, 2022), con la Ley 100 se pretendía integrar recursos y organizaciones para que toda la población estuviera cubierta por un seguro público, solidario y obligatorio, con un plan de beneficios igual para todos. Esta fue la principal ambición de la reforma de 1993, cuando la cobertura de salud a través de seguridad social apenas ascendía a un 22% de la población, y el resto de la población buscaba acceder a los servicios de salud mediante la red de hospitales públicos y privados que conformaban el sistema nacional de salud, regido por la asistencia pública o la caridad, o bien, mediante la cobertura de seguros privados o el pago directo de servicios particulares.

En el nuevo sistema, la función de dirección y regulación la ejercería el Ministerio de Salud, con participación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Este consejo, conformado por catorce representantes de los actores del sistema, estaba encargado de definir las reglas de operación, especialmente el contenido del plan de beneficios (el POS) y su pago mediante la denominada unidad de pago per cápita (UPC). Para la financiación, coherente con el seguro público, se contaría con el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), encargado de reunir los recursos y asignarlos mediante la UPC a las entidades promotoras de salud (EPS) para garantizar la atención de los

afiliados. Los recursos provendrían de las cotizaciones de empleados y empleadores, que pasaron del 7% al 12% del ingreso de los cotizantes, del presupuesto de la nación y de las transferencias nacionales a los departamentos y municipios.

Para financiar la cobertura del seguro de salud se establecieron mecanismos diferentes, según el régimen de afiliación. En el régimen contributivo se esperaba cubrir entre un 60% - 70% de la población, y para su financiación se contaría con las cotizaciones; además, el 8,33% del recaudo proveniente de este régimen sería un aporte para financiar el régimen subsidiado, el cual recibiría además un aporte igual del gobierno nacional (*pari passu* o mecanismo peso a peso), una asignación del 25% de las transferencias territoriales, y una transformación progresiva de recursos que antes se dirigían directamente a los hospitales (subsidios a la oferta) para destinarlos a contratar el aseguramiento con las nuevas EPS (subsidios a la demanda). La labor de afiliación en el régimen subsidiado correría por cuenta de los municipios, quienes estarían encargados de clasificar y seleccionar a la población objeto del subsidio mediante la encuesta SISBEN y contratar la cobertura con las EPS de ese régimen.

La prestación de servicios estaría a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Justo en esta transformación, y si bien ha predominado una oferta privada, el hospital público dejaría atrás su dependencia del sistema nacional de salud, en cabeza del Ministerio de Salud, y se convertiría en un ente autónomo (Empresa Social del Estado — ESE—) con presupuesto propio y cuyos gastos serían financiados mediante la contratación de servicios con las EPS. Este proceso haría parte de la descentralización territorial, que también se derivó de la nueva Constitución y que implicaría para los municipios asumir competencias en salud, acorde a la Ley 60 de 1993 (Guerrero, Prada y Chernichovsky, 2014).

Las EPS constituyeron una innovación en el contexto latinoamericano y de los países de ingreso medio, con antecedentes de figuras similares (aseguradoras) en varios países europeos como Alemania y Holanda. En este agente se delegó la afiliación de la población y la gestión de riesgos, entre otras funciones del aseguramiento, en el marco de un mercado de competencia regulada o administrada (GES, 2023).

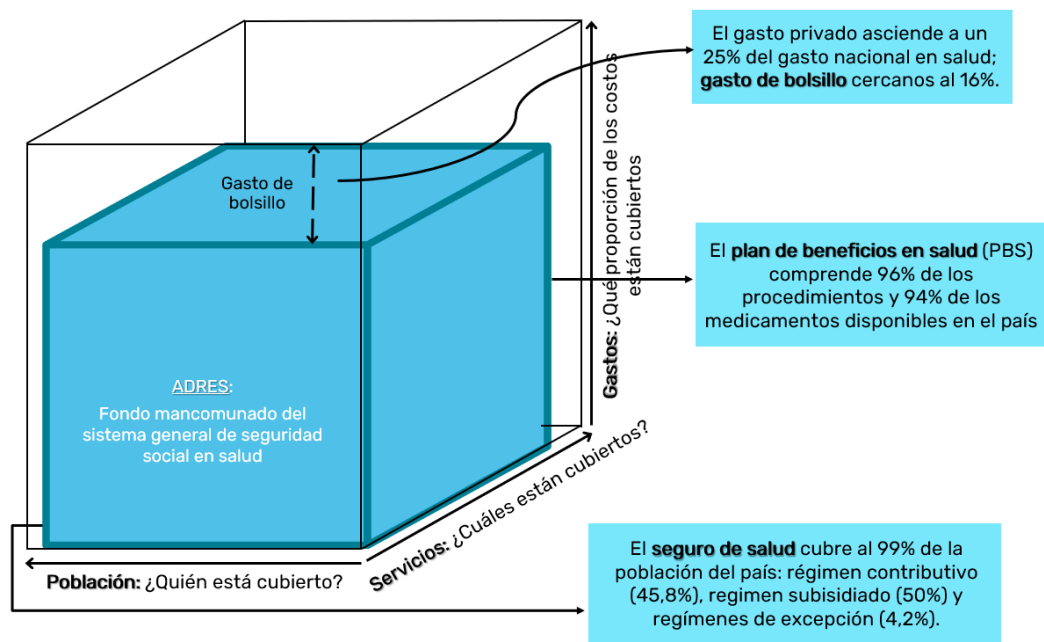
Es así como, teniendo presente las funciones primordiales de los sistemas de salud, el sistema colombiano representa un buen ejemplo de las recomendaciones que han sido recogidas en la literatura (OMS, 2000; Mills, 2011) y en varios informes de alcance mundial (OMS, 2010). Se destaca, como parte de la función de financiación, el predominio de la recaudación de fuentes públicas (cotizaciones e impuestos), la mancomunación de los recursos en un fondo único nacional, la asignación mediante una variable *proxi* de la prima del seguro (la UPC), y la compra de servicios vía los contratos entre EPS e IPS, lo cual significa la existencia de pagadores múltiples (GES, 2023).

Avances y cambios graduales

La evolución del sistema de salud durante tres décadas enseña, en primer lugar, que el aseguramiento se ha mantenido como estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud, uno de los dos objetivos esenciales en la Ley 100. Aunque durante este tiempo se han tenido períodos de estancamiento, especialmente durante la década de 2000, dicha estrategia se ha fortalecido y el país prácticamente alcanzó la cobertura universal en la afiliación a partir de 2012 (ver Figura 1). Se destaca el impulso logrado a partir de la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 (Restrepo, Casas y Espinal, 2018),

sobre el carácter autónomo del derecho fundamental a la salud, la Ley 1438 de 2011, los recursos asignados mediante varias leyes y el cumplimiento de los gobiernos para mantener los costos del aseguramiento, a lo que se suman logros importantes para garantizar el derecho a la salud, como son el haber alcanzado el mismo plan de beneficios en ambos regímenes, garantizar la atención en todo el territorio nacional y permitir que las personas puedan permanecer en la misma EPS independientemente de cuál sea su régimen de afiliación. Un punto culminante, sobre el desarrollo de la salud como derecho, se dio con ocasión de la expedición de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015).

Figura 1: Tres dimensiones de la cobertura universal en salud (CUS) de Colombia para el año 2022



Fuente: Adaptación de OMS (2010).

Nota: Este esquema, adaptado de OMS (2010), permite ilustrar los retos de la política sobre cobertura y la manera como Colombia ha planteado y avanzado en el asunto a partir de 1995. La dimensión horizontal del cubo muestra la población cubierta por el seguro obligatorio, que pasó de cerca del 22% en 1993 al 99% en 2022. La anchura enseña el conjunto de beneficios cubiertos, representados por el plan de beneficios en salud (PBS), en donde se han dado avances significativos, al punto de representar un 95% de los medicamentos y procedimientos disponibles en el país. Por último, la altura se refiere al porcentaje de financiación a cargo del sistema, que en el país pasó de un poco más del 50% en 1993 al 75% en 2022.

Coherente con los avances del aseguramiento, la financiación pública se ha fortalecido y ha presentado importantes modificaciones, destacándose el caso colombiano en el contexto latinoamericano y de los países de ingreso medio alto (ver tabla 1). Se cuenta con una menor participación de las cotizaciones y un mayor aporte de los impuestos. El gasto en salud ha crecido como proporción del producto interno bruto (PIB) desde niveles inferiores al 6% antes de la reforma, hasta cerca del 8% en 2021. Se destaca la nueva composición del gasto, un 75% público y 25% privado, y el menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud (menos del 20%). En cuanto a la composición de fuentes, la cotización significaba algo más del 50% de los recursos en 2010 y ha descendido por debajo del 40%, mientras los impuestos generales habrían pasado del 2% al 36%. Esto

constituye una modificación sustancial al sistema, basada especialmente en reformas tributarias de 2012 y 2019 que redujeron los aportes de empresas privadas y de los pensionados de menores ingresos, en una proporción cercana a una tercera parte del recaudo, a cambio de financiación a cargo del presupuesto de la nación.

En cuanto al diseño institucional, el sistema ha tenido varias modificaciones (ver cuadro anexo). Se destacan: la creación de la Cuenta de Alto Costo (CAC), del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), que reemplazó al Fosyga. También se cuenta la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la adopción de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y el fortalecimiento de la regulación, en particular, de precios de medicamentos. También se cuenta la desaparición de la Comisión de Regulación y del Consejo Nacional, lo que ha implicado pérdidas para el sistema con un debilitamiento de la gobernanza.

**Tabla 1: Gasto en salud como % del PIB, 1995, 2014, 2030 y 2040
(Grupos de países por nivel de ingresos y Colombia)**

Países por nivel de ingresos	1995	2014	2030	2040
Alto	9,2	11,7	12,5	13.1
Medio alto	4,9	5,9	6,4	6.9
Medio bajo	3,5	4,3	4,7	5.0
Bajo	4,1	5,9	6,6	6.7
Colombia	6,8	7,2	7,8	8.5

Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM. Tomado de: GES (2017).

Debilidades y puntos en discusión para una reforma

En una encuesta a líderes del sistema de salud, realizada en noviembre de 2020 por el Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia, se preguntó por la capacidad para enfrentar una situación contingente como la que significó la pandemia del covid-19. Los aspectos más negativos fueron la participación ciudadana, la transparencia y la coordinación entre el gobierno nacional y los gobiernos territoriales. Con una calificación regular estuvieron las estrategias de promoción y prevención, así como los recursos para financiar la salud, y el aspecto que recibió la mejor calificación, con tan solo una nota de 3,3 sobre 5,0, fue gestión y divulgación de la información (Restrepo y Zapata, 2021). En la misma encuesta se consultó por los principales problemas que afronta el sistema, ante lo cual los líderes mencionaron en orden de urgencia: corrupción, falencia en la articulación entre actores, desfinanciamiento, ausencia o inoperancia de controles y vigilancia, y deficiencias en la atención. De manera similar, en una encuesta realizada tres años atrás (GES, 2017), los principales problemas mencionados por líderes del sistema de salud habían sido: corrupción, sostenibilidad financiera, barreras al acceso, y supervisión y regulación.

Lo anterior pone en evidencia algunas de las principales debilidades del sistema de salud, las cuales son tratadas en varios trabajos y hacen parte de la discusión nacional (Restrepo et al, 2023; Morad, Vecino y López, 2023), y las mismas contrastan con los logros que también se reconocen, de manera especial en cuanto a cobertura y protección financiera. A continuación, un esbozo de los principales asuntos que hacen parte de la discusión sobre el futuro de la salud en Colombia, y al final la propuesta de cambio estructural presentada por el gobierno colombiano en febrero de 2023:

- 1) **Gobernanza.** Un foco fundamental, de cara al futuro, se refiere a la necesidad de fortalecer la rectoría y la gobernanza del sistema, ante lo cual parece apropiado la creación de una instancia nacional, como un consejo o comisión de salud, en el que tengan participación los distintos actores del sistema y se ponga en práctica la toma de decisiones a partir de la deliberación y la búsqueda de consensos. Además, es necesario establecer espacios formales de coordinación entre los distintos niveles de gobierno y fortalecer las entidades territoriales (Restrepo y Zapata, 2021).
- 2) **Salud pública.** Indudablemente, de la mano con la búsqueda de una mejor gobernanza, este debe ser el principal capítulo para orientar una reforma seria, sobre todo para no relegarla y darle el lugar que le corresponde. La salud pública, de la que deben ser parte la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, deben ser la base del sistema y claramente ser parte de la rectoría a cargo del ministerio y de las direcciones territoriales, lo cual significa revisar la composición del plan de beneficios en salud, en cuanto a las atenciones asociadas al riesgo individual y otras vinculadas con el interés en la salud pública; de tal modo, es importante propiciar un mayor protagonismo de los territorios.
- 3) **Depuración del aseguramiento.** Es necesario reducir el número de aseguradoras y procurar que cada una cuente con grandes números de afiliados en los territorios como condición para garantizar accesibilidad. Si todas las personas son parte del sistema, este debe actuar y garantizar derechos y resultados sin importar a qué EPS esté afiliada la persona ni en qué territorio se encuentre. Además, es importante resolver el rol que a futuro sigan jugando las aseguradoras (EPS), si se mantienen con las mismas funciones o se genera una nueva distribución en la que tengan mayor protagonismo la ADRES y los territorios, y además se generalice el giro directo de la ADRES a las IPS.
- 4) **Acceso integral, oportuno y de calidad: vigilancia y control de la oferta hospitalaria.** La distribución desigual de la oferta hospitalaria en las diferentes regiones, de manera especial en los niveles de mayor complejidad y específicamente las unidades de cuidado intensivo (UCI), sumado a los incentivos que puedan tener los prestadores para ofrecer disponibilidad de camas, exige una profunda reflexión sobre la lógica que deben seguir estos servicios y la remuneración del talento humano. Es necesario contar con un modelo de vigilancia a cargo del Estado, en el marco de lo establecido en la Ley Estatutaria de Salud sobre el goce del derecho a la salud, incluyendo la financiación pública de cierta disponibilidad.
- 5) **Talento humano en salud.** La pandemia ha develado precarias situaciones laborales de los profesionales de la salud, especialmente de quienes están al frente de la atención básica. De manera que, como parte de una reforma al sistema de salud o mediante una ley especial, es necesario regular las condiciones de

contratación coherente con los propósitos del trabajo decente. Además, es necesario emprender campañas por el respeto y el trato digno para el personal de salud.

- 6) **Cobertura y la sostenibilidad financiera.** La situación actual, con un mayor desempleo y una reducción del ingreso, constituye una prueba sobre las ventajas de la seguridad social, del seguro público, pues sin importar las condiciones de las personas la cobertura deberá mantenerse. Eso sí, se agranda el reto de la sostenibilidad financiera, de manera que es necesario continuar diversificando e incrementando fuentes de recursos, especialmente los impuestos generales, insistir en impuestos específicos como los propuestos para las bebidas azucaradas, y concebir estrategias audaces para mejorar la eficiencia.

La discusión sobre reforma a la salud ha tenido varios momentos álgidos, sin lograr la adopción de cambios concretos, más allá de los que en forma gradual se han alcanzado en el marco de leyes (ver cuadro anexo). Así sucedió en 2013 y en 2021, y últimamente, en febrero de 2023 el gobierno nacional presentó al Congreso de la República una propuesta de reforma estructural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a). Bajo el lema “salud para la vida”, si bien en el texto presentado por el gobierno se plantea el propósito de mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar la prestación de servicios como un derecho universal, realmente se propone un cambio estructural, apuntando a la adopción de un sistema estructuralmente diferente.

Entre los cambios fundamentales que propone el gobierno se encuentran: la creación de los centros de atención primaria en salud (CAPS) como sitios de adscripción de la población, la eliminación o el cambio de rol de las EPS, con el giro directo del fondo público (ADRES) a los proveedores (IPS); la conformación de redes integrales e integradas de servicios de salud, la formalización y mejoras en las condiciones laborales del talento humano en salud, y el fortalecimiento de la rectoría y la creación el Consejo Nacional de Salud. Si bien varios de los temas propuestos por el gobierno recogen las soluciones que se han expuesto discutido de tiempo atrás para atender la problemática del sistema, de manera especial lo que respecta a la atención primaria en salud, la gobernanza, la oferta de servicios en zonas rurales, y el talento humano en salud, no se presenta claridad sobre la implementación y los mecanismos de financiación, y si bien el gobierno cuenta con respaldo entre organizaciones sociales y sindicales, un amplio margen de la población no está de acuerdo con la transformación propuesta, especialmente sobre la eliminación de las EPS y la mayor participación de entidades estatales en la provisión de servicios (ANDI, 2023).

Conclusión

Una reforma a la salud es necesaria para Colombia y ella debe recoger de manera especial las lecciones de la pandemia del covid-19. Al mismo tiempo, una reforma debe consultar a los actores del sistema de salud, abordar problemas estructurales y definir con claridad los aportes de una nueva norma con el propósito de mejorar la salud de la población y garantizar el goce del derecho a la salud.

Aunque se reconoce el interés y la necesidad para el país de fortalecer la rectoría y superar barreras de acceso y desigualdades en salud, la propuesta gubernamental resultó ser muy polémica, con costos políticos bastante altos para el gobierno y para el país, y difícilmente podrá convertirse en una nueva ley, al menos como la propuso el gobierno.

Además de la falta de rigor técnico en su presentación, no se contó con discusión previa con actores del sistema y la academia, lo que le restó credibilidad y legitimidad al momento de iniciar su trámite en el legislativo. Varios de los temas resultan inconvenientes o inviables, y preocupa que no se tengan consideraciones sobre la sostenibilidad financiera y se desarticulen procesos e interacciones como lo relativo a las atenciones de alto costo, la gestión del riesgo en salud y los riesgos financieros.

En esta discusión están en juego dos puntos fundamentales que recuerdan la necesidad de un consenso en torno al sistema de salud que la población colombiana quiere y puede tener. Por un parte, el rol del sector público y del sector privado, y por otra parte, el carácter del aseguramiento. En el primer caso, la postura más radical del gobierno y congresistas de su bancada quisieran que el sistema sea más estatal y no confían en la participación del sector privado, aunque no pueden desconocer que cerca del 80% de la oferta de servicios es privada. En el segundo caso, que se relaciona también con la visión sobre la mezcla público-privado, la discusión se mueve entre mantener el esquema de pagadores múltiples, con participación de las EPS como aseguradores, entre las cuales hay privadas y públicas, o se da paso a un pagador único en cabeza de ADRES como asegurador público.

Referencias

- Agudelo, C.A., Cardona, J., Ortega, J., Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva* 16 (6), pp. 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
- ANDI. Asociación Nacional de Empresarios (2023). La gran encuesta del sistema de salud em Colombia. <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi--invamer-7>
- Banco Mundial (2023). Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida desde 1990. Recuperado de la base de datos del Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/>.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Banco Mundial.
- Franco, A. (2022). La salud pública en Colombia (1991-2021). Promoción de la salud y prevención: una revisión. *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103378>.
- Garay, L.J. (2002). Estrategias, dilemas y desafíos en la transición al Estado Social de Derecho en Colombia. En: Luis Jorge Garay (Ed.), *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo* (pp. xiii-lxxxix). Contraloría General de la República de Colombia.
- GES, Grupo de Economía de la Salud (2013). Aspectos económicos de la reforma a la salud. *Observatorio de la Seguridad Social*. No. 26. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/3436/1/Observatorio-seguridad-social-26.pdf>.
- (2015). Transición en el sistema de salud colombiano. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 30. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/3622/1/Observatorio-seguridad-social-30.pdf>
- (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 35.

- https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9352/1/GrupoEconomiaSaludGES_2017_ObservatorioSeguridadSocial.pdf.
- (2023). El rol de las EPS de Colombia en una perspectiva comparada. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 41. <https://gesudea.co/wp-content/uploads/2022/12/Observatorio-de-la-Seguridad-Social-No-41.pdf>.
- Guerrero R., Prada, S. y Chernichovsky, D. (2014). La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. *Informes de Investigación 12659*, Fedesarrollo.
- Jaimes, M.C. (2021). Panorama de la salud en Colombia: el impasse de la Ley 100 de 1993 y su último intento de reforma (Proyecto de Ley 010 de 2020). Universidad de los Andes, <https://una.uniandes.edu.co/blog/227-panorama-de-la-salud-en-colombia-el-impasse-de-la-ley-100-de-1993-y-su-ultimo-intento-de-reforma-proyecto-de-ley-010-de-2020>
- Maceira, D. (2022). América Latina y el Caribe. Equidad y calidad frente al desafío de la segmentación. *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103173>.
- Maldonado, N., Martínez, A.F., Restrepo, J.H. y Prada, S. (2023). Gasto de Bolsillo en Salud. En: Norman Maldonado y Victoria Soto. *MESA 2022: el origen*, Universidad Icesi y PROESA.
- Mills, A., 2011. Health systems in low -and middle- income countries. En: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press, pp. 30-57.
- Morad, J., Vecino, A. y López, Daniel (2023). Aportes para una Reforma al Sistema de Salud de Colombia. *Observatorio Laboral, Documento de Trabajo No. 10*, <https://cej.org.co/wp-content/uploads/2021/09/Aportes-para-una-reforma-al-Sistema-de-Salud.pdf>
- MSPS, Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Informe al Congreso 2022-2023: sector salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-sector-salud-ago-2023.pdf>
- (2023a). Cartilla pedagógica. Reforma estructural al sistema de salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/cartilla-reforma-estructural-salud-msps-2023.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.
- (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*.
- Restrepo, J.H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 82-89. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es.
- (2022). Financiación de la seguridad social en salud: Colombia 1991-2021. En: Gabriel Jaime Otálvaro Castro y Juan Eduardo Guerrero Espinel (Eds.), *El derecho fundamental a la salud y la seguridad social a 30 años de la Constitución Política de 1991: retos y aprendizajes* (pp. 304-329). Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia.
- (2022a). Restrepo-Zea, Jairo Humberto. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103013>

- Restrepo, J.H., Agudelo, C., Peñaloza, E., García, J. C. y Arias, N. (2023). ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Resumen del seminario permanente 2022, *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas*, núm. 11, https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/02/La-reforma-en-salud-que-Colombia-necesita_Resumen.pdf.
- Restrepo, J.H., Silva, C., Andrade, F., Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.assa>.
- Restrepo, J.H., Casas, L., Espinal, J.J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670-676. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>.
- Restrepo, J.H., Zapata, O. (2021). Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. *Documento de Trabajo del GES*.
- Restrepo, J.H., Palacios, D., Espinal, J.J. (2022). Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina. *Documento de Trabajo del GES*.

**Anexo: Evolución normativa del sistema de salud colombiano
(leyes sobre el diseño y operación del sistema)**

Norma	Contenido fundamental
Constitución Política (artículos 48 y 49)	<ul style="list-style-type: none"> - La seguridad social como derecho irrenunciable y servicio público. - La atención de la salud y el saneamiento ambiental, servicios públicos a cargo del Estado. La ley define atención básica gratuita y obligatoria para todos.
Ley 100 de 1993	<ul style="list-style-type: none"> - Creó el sistema general de seguridad social en salud con los objetivos: regular el servicio de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a todos los niveles de atención.
Ley 60 de 1993	<ul style="list-style-type: none"> - Descentralización: competencias en salud de nación, departamentos y municipios; destinación de 25% de las transferencias municipales para el sector salud.
Ley 344 de 1996	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste fiscal: limitó aportes del presupuesto nacional para contribuir a financiar el régimen subsidiado de salud.
Ley 1122 de 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), asumiendo las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud creado en la Ley 100. - Creó el sistema de vigilancia y control (jurisdicción especial a la Superintendencia). - Límites a la integración vertical EPS-IPS (30% del gasto en salud). - Obligó a las EPS del régimen subsidiado contratar con hospitales públicos 60% de la UPC. - Estableció el plan nacional de salud pública. - Aumentó cotización, de 12% a 12,5%, para contribuir al régimen subsidiado. - Preciso el carácter de aseguradoras de las EPS.
Ley 1393 de 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de impuestos a cervezas, juegos de suerte y azar, cigarrillos y licores, para contribuir a financiar el régimen subsidiado.
Ley 1438 de 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminó el Consejo Nacional. - Extensión el plan de salud pública para un período de diez años (plan decenal). - Creó la Comisión Intersectorial de Salud Pública y el Observatorio Nacional de Salud. - Autorizó la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). - Sentó las bases para la política farmacéutica y amplió el alcance a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. - Medidas para la cobertura universal: portabilidad nacional del aseguramiento, movilidad entre regímenes y actualización y unificación del plan de beneficios. - Fortaleció el giro directo que estableció la Ley 1122, para que el Fosyga pague directamente a prestadores y descuenta los pagos de la UPC que debía girar a las EPS.
Ley 1607 de 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Sustitución parcial de la cotización por impuestos generales: empresas no pagarían más el 8,5% de cotización para trabajadores de menos de 10 salarios mínimos, a cambio de contribuir con el impuesto sobre la renta para la equidad (CREE).
Ley 1751 de 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Regula el derecho fundamental a la salud: redefine el plan beneficios, como plan integral de salud, transformándolo en plan implícito (basado en exclusiones).

	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación de precios de medicamentos, una política de Estado. - Ejercicio de la autonomía profesional basado en cuatro criterios: autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica.
Ley 1753 de 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Creó la entidad administradora de los recursos del sistema (ADRES), en reemplazo del FOSYGA. Se fortalece el financiamiento con la estrategia del fondo único nacional. - Política de atención integral en salud (rutas de atención). - Refuerza negociación centralizada en medicamentos, equipos y dispositivos.
Ley 1819 de 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Otorgó al sistema 0,5 puntos porcentuales del recaudo del IVA y aumentó impuesto al consumo de cigarrillo y tabaco.
Ley 1955 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Obligó a la ADRES la financiación de las las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado. - Financiar prestaciones no cubiertas en plan de beneficios con presupuestos máximos.
Ley 1966 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud
Ley 2010 de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Modificó aportes de los pensionados para salud, que desde la Ley 100 eran del 12%: 4% a partir de 2022 para pensiones de un salario mínimo, 10% para uno a dos salarios.
Ley 2294 de 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Giro directo: ADRES podrá girar directamente recursos de la UPC a las IPS. - El IETS estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. - Redujo aportes para salud, del 12% al 10% para pensiones de dos a tres salarios mínimos.

Elaboración: propia a partir de la lectura de las normas citadas.

Brechas de mercado de medicamentos para tratar la toxoplasmosis en Ecuador

María Belén Mena^{††}

Universidad Central del Ecuador

Juan Carlos Sánchez^{§§}

Universidad Central del Ecuador

Recibido: 10 de julio de 2023

Aceptado: 20 de agosto de 2023

Resumen

La toxoplasmosis es una enfermedad zoonótica causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, que afecta a miles de personas especialmente en áreas rurales y comunidades empobrecidas.

La dificultad de realizar un diagnóstico oportuno así como el limitado número de medicamentos para combatir la enfermedad agravan el problema. Este artículo aborda la disponibilidad en el mercado farmacéutico ecuatoriano de los medicamentos esenciales para la toxoplasmosis. El estudio examina la disponibilidad y el estado de registro de los medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el tratamiento de la toxoplasmosis. Los hallazgos revelan barreras como una disponibilidad limitada y falta de registro de medicamentos críticos como la pirimetamina, sulfadiazina, ácido folínico y atovaquona. Estas barreras obstaculizan la gestión efectiva de la enfermedad y comprometen los resultados para los pacientes. Se necesitan acciones urgentes para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales y mejorar los resultados en salud para las poblaciones afectadas por la toxoplasmosis.

Palabras clave: toxoplasmosis, enfermedades negligenciadas, medicamentos esenciales, Ecuador

Abstract

Toxoplasmosis is a zoonotic disease caused by the parasite *Toxoplasma gondii*, which affects thousands of individuals, particularly in rural areas and impoverished communities. The challenge of timely diagnosis, coupled with the limited number of drugs available to combat the disease, exacerbates the problem. This article addresses the availability of essential drugs for toxoplasmosis in the Ecuadorian pharmaceutical market. The study examines the availability and registration status of drugs recommended by the World Health Organization (WHO) for toxoplasmosis treatment. Findings reveal barriers such as limited availability and the absence of critical drug registrations, including pyrimethamine, sulfadiazine, folic acid, and atovaquone. These obstacles hinder effective disease management and compromise patient outcomes. Urgent actions are needed to improve access to essential drugs and enhance health outcomes for populations affected by toxoplasmosis.

Keywords: toxoplasmosis, neglected diseases; essential drugs, Ecuador

^{††} Docente de la cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, miembro del Grupo de investigación “Financiamiento y Políticas Públicas y DIME. Decisiones informadas de Medicamentos. Contacto: mbmena@uce.edu.ec

^{§§} Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Central del Ecuador. Asistente de la cátedra de Farmacología. Contacto: jcsanchezc1@uce.edu.ec

Introducción

La toxoplasmosis forma parte de un grupo de enfermedades llamadas desatendidas o negligenciadas porque afectan principalmente a las poblaciones más empobrecidas, con un limitado acceso limitado a los servicios de salud y con escasos esfuerzos para innovación terapéutica (de Lima, 2021). En los últimos años, América Latina ha logrado avances importantes en la lucha contra diversas enfermedades infecciosas, como la malaria, el dengue y la tuberculosis. Sin embargo, la carga de la toxoplasmosis sigue siendo subestimada y por tanto, no abordada. Esta negligencia ha resultado en oportunidades perdidas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, lo que perpetúa su impacto adverso en la salud pública (Felin, 2022), la toxoplasmosis representa una amenaza significativa para las poblaciones vulnerables como mujeres embarazadas, personas inmunocomprometidas e infantes.

Se estima que hasta el 50% de los niños en edad escolar y entre el 50% y el 80% de las mujeres en edad fértil tienen anticuerpos contra *T. gondii*. Los riesgos para las mujeres no infectadas de adquirir toxoplasmosis durante el embarazo y la transmisión fetal son altos debido a que el entorno está altamente contaminado con oocistos. Se considera que en países de América Latina, hay 1 niño infectado por cada 1,000 nacimientos. La mayoría de estos niños infectados probablemente desarrollarán síntomas o signos de toxoplasmosis clínicas como enfermedades neurológicas, incluyendo hidrocefalia, microcefalia y retraso mental, el 80% de niños infectados puede tener lesiones oculares y pérdida de audición. (Dubey, 2012; Sousa, 2023)

La infección puede tener resultantes graves, como trastornos congénitos, complicaciones oculares y manifestaciones neurológicas irreversibles. El impacto económico de las consecuencias a largo plazo en la toxoplasmosis es sustancial, sin mencionar el sufrimiento humano inmedible por los individuos afectados y sus familias (de Lima, 2021; Felin, 2022)..

A pesar de que la toxoplasmosis afecta a un gran número de personas, lamentablemente existe una escasez de desarrollo e innovación en medicamentos. Además, los pocos eficaces como pirimetamina, sulfadiazina, leucovorina, atavaquone, no están disponibles permanentemente en el mercado. Una de las posibles causas es que debido a su precio relativamente bajo no representa una ganancia lucrativa para la industria farmacéutica y se posterga su comercialización (Felin, 2022; Jones, 2014).

Metodología

Con el fin de identificar la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de la toxoplasmosis en el mercado farmacéutico ecuatoriano, se realizó una revisión de los medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud para el manejo de la infección causada por *T. gondii* (World Health Organization. World Health Organization, 2021), el Cuadro Nacional de Medicamentos Básico de Ecuador (Consejo Nacional de Salud, 2022). Se indagó sobre los registros sanitarios de estos medicamentos en la base de datos de la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) (Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, 2023), y, se revisaron los registros de precios oficiales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Secretaría Técnica de fijación de precios de Medicamentos, 2023)

Finalmente, de aquellos medicamentos sin registro sanitario en Ecuador, se rastreó en Google para identificar puntos de compra en Ecuador, para lo que se utilizó los términos booleanos: [medicamento] AND [comprar] AND [Quito Ecuador].

Resultados

En la tabla 1, se presenta la oferta de medicamentos para toxoplasmosis en el mercado farmacéutico ecuatoriano. No se encontró registro sanitario vigente de ácido fólico, atovaquone, pirimetamina y sulfadiazina. De estos dos últimos fármacos, se encontró un registro sanitario vigente para una opción combinada (Pirimetamina 25mg+Sulfadiazina 500mg). Tres de cuatro medicamentos sin registro sanitario pudieron encontrarse de venta en Ecuador por internet.

Tabla 1: Oferta de mercado farmacéutico para tratamiento de toxoplasmosis. Ecuador. 2023

Medicamento	Mecanismo de acción	Registro Sanitario	Venta por internet
Pirimetamina 25mg*	Inhibición de la síntesis de ácido fólico en el parásito	Ninguno	Sí https://www.quiminet.com/productos/pirimetamina-25mg-5110407228/precios.htm
Sulfadiazina 500mg*	Inhibición de la síntesis de ácido fólico en el parásito	Ninguno	Sí https://www.quiminet.com/productos/sulfadiazina-500-mg-tabletas-101107600464/clientes-y-compradores.htm
Ácido Fólico 15mg	complemento del tratamiento con pirimetamina para prevenir efectos adversos	Ninguno	Sí https://especialidad.farmaciaseconomicas.com.ec/shop/oncologia/leucovorina-sol-iny-50mg-5ml10-cfe/ https://www.rappi.com.ec/p/leucovorina-50-mg-5-ml-149004
Clindamicina 150-300mg	Inhibición de la síntesis de proteínas en el parásito.	13 opciones	Sí https://www.rappi.com.ec/p/leucovorina-50-mg-5-ml-149004
Atovaquona 250mg	Interferencia con la función mitocondrial del parásito	Ninguno	No

Fuente: ARCSA- CNMB-MSP. * Solo se encontró un registro sanitario de una combinación de Sulfadoxina + Pirimetamina 500/25 mg.

Elaboración: Autores

Discusión

Los hallazgos de este estudio resaltan la debilidad de oferta de mercado farmacéutico ecuatoriano de los medicamentos esenciales para el tratamiento de la toxoplasmosis.

Este vacío de mercado, restringe las opciones de tratamiento, lo que potencialmente compromete la efectividad de la terapia, perpetuando el ciclo de enfermedad y consecuencias discapacitantes propios de la toxoplasmosis en fase avanzadas (Felin, 2022).

Ante esta escasez y la falta de opciones terapéuticas, los pacientes se enfrentan a un dilema complejo: recurrir a cualquier medio para adquirir el medicamento necesario, incluso si implica cruzar una frontera hacia países vecinos o comprar en línea. Del 75% de medicamentos sin registro sanitario vigente en Ecuador, llama la atención que, estos se puedan encontrar fácilmente a través de búsqueda en internet, con ofertas de entrega a domicilio. Esta situación pone en evidencia la ausencia regulatoria de venta de medicamentos ya que podrían ser adulterados, falsificados o de calidad subestándar.

La carencia de medicamentos esenciales resalta los desafíos substanciales que enfrenta el tratamiento de la toxoplasmosis en el panorama farmacéutico ecuatoriano, subrayando la necesidad apremiante de superar estas barreras y manejar de manera efectiva esta enfermedad descuidada. La limitada disponibilidad de estos tratamientos vitales enfatiza la urgente necesidad de intervenciones gubernamentales que mejoren el acceso a la terapia y optimicen los resultados para los pacientes. La presencia constante en las listas de medicamentos de difícil obtención, a lo largo de varios años, de aquellos que son esenciales para el tratamiento de la toxoplasmosis (Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Medicamentos, 2023) [Click or tap here to enter text.](#), pone de manifiesto la imperiosa necesidad de una actuación inmediata por parte del gobierno. Un manejo público de los medicamentos debe asumir la responsabilidad de garantizar la disponibilidad de opciones terapéuticas esenciales en el mercado farmacéutico. Esta responsabilidad es especialmente crucial en el contexto de enfermedades descuidadas, donde la acción gubernamental es esencial para llenar el vacío dejado por el mercado que, año tras año, no logra gestionar adecuadamente cientos de medicamentos.

Conclusiones

En definitiva, la preocupante realidad en la que el 75% de los medicamentos esenciales para el tratamiento de la toxoplasmosis carece de proveedores con registro sanitario en el mercado farmacéutico ecuatoriano subraya la imperiosa necesidad de un cambio sustancial. La superación de estas barreras de acceso y la consecución de una mejora palpable en la disponibilidad de estos tratamientos fundamentales representan un desafío crucial en la atención a los pacientes afectados por esta enfermedad en Ecuador.

Es fundamental promover la inversión en investigación y desarrollo de nuevos fármacos, así como buscar estrategias que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos existentes [Click or tap here to enter text.](#)

Para lograr esta transformación, se requieren enfoques holísticos y una perspectiva innovadora, impulsando la implementación de mecanismos creativos a través de regímenes especiales de adquisición pública. Solo mediante la colaboración sostenida entre los sectores involucrados y una voluntad decidida por parte de las autoridades, será posible garantizar el acceso equitativo y oportuno a los medicamentos esenciales que los pacientes de toxoplasmosis necesitan y merecen. Esta es una causa que trasciende las barreras presentes, poniendo de manifiesto la importancia de una acción concertada en pro de la salud y el bienestar de la población ecuatoriana.

Bibliografía

- Consejo Nacional de Salud (2022). Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. 11ava Revisión. Recuperado el 10 de septiembre de 2023, de <https://www.conasa.gob.ec/biblioteca-conasa/CNMB-XI/Libro-Cuadro-Medicamentos-Basicos-11a-revision-2022.pdf>
- de Lima Bessa, G., de Almeida Vitor, R. W., & Dos Santos Martins-Duarte, E. (2021). Toxoplasma gondii in South America: a differentiated pattern of spread, population structure and clinical manifestations. *Parasitology Research*, 120(9), 3065–3076.
- Dubey, J. P., Lago, E. G., Gennari, S. M., Su, C., & Jones, J. L. (2012). Toxoplasmosis in humans and animals in Brazil: high prevalence, high burden of disease, and epidemiology. *Parasitology*, 139(11), 1375–1424. <https://doi.org/10.1017/S0031182012000765>
- Felín, M. S., Wang, K., Moreira, A., Grose, A., Leahy, K., Zhou, Y., ... et al. (2022). Building Programs to Eradicate Toxoplasmosis Part IV: Understanding and Development of Public Health Strategies and Advances “Take a Village.” *Current Pediatrics Reports*, 10, 125–154.
- Jones, J. L., Parise, M. E., & Fiore, A. E. (2014). Neglected parasitic infections in the United States: toxoplasmosis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 90(5), 794–799.
- Ministerio de Salud Pública. Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (2023). Recuperado el 18 de julio de 2023, de <https://aplicaciones.controlsanitario.gob.ec/publico/consultas/index>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. (2022). Medicamentos de difícil acceso requeridos por la Red Pública Integral De Salud - RPIS para el año 2022. Quito. Recuperado el 18 de julio de 2023, de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/lista_de_medicamentos_de_dificil_acceso_2022.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Secretaría Técnica de fijación de precios de Medicamentos. (2023). Recuperado el 10 de septiembre de 2023, de <https://www.salud.gob.ec/consejo-nacional-de-fijacion-y-revision-de-precios-de-medicamentos/>
- Sousa Formiga, V. H. A., Alvares, F. B. V., Anjos, M. M., Freitas, J. V., Silva, D. P., Parentoni, R. N., ... Vilela, V. L. R. (2023). Seropositivity of Anti-Toxoplasma gondii and Anti-Neospora caninum Antibodies in Cattle Intended for Human Consumption in an Amazonian Area of North Brazil. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 8(7), 359. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8070359>
- World Health Organization. (2021). World Health Organization Model List of Essential Medicines. Recuperado el 18 de julio de 2023, de <https://www.paho.org/es/documentos/22a-lista-modelo-oms-medicamentos-esenciales-ingles>

El valor y las razones para el diálogo social

Ariel Ferrari***

Banco de Previsión Social de Uruguay

Recibido: 10 de julio de 2023

Aceptado: 15 de agosto de 2023

Resumen

El diálogo social es un concepto clave para entender la seguridad social en el contexto de la democracia, por ello, el presente artículo profundiza en este concepto y su tipología haciendo uso tanto de avances conceptuales como de la experiencia de Uruguay para determinar que la participación y la representación son elementos clave en el mejoramiento del diálogo social.

Palabras clave: Uruguay, diálogo social, seguridad social, pensiones, representación y participación

Abstract

Social dialogue is a key concept for understanding social security in the context of democracy; therefore, this article delves into this concept and its typology, making use of both conceptual advances and the experience of Uruguay to determine that participation and representation are key elements in improving social dialogue.

Keywords: Uruguay, social dialogue, social security, pensions, representation and participation

*** Director del Banco de Previsión Social (BPS - Uruguay en representación de jubilados y pensionistas. Contacto: arferrari2001@gmail.com

Valor de dialogo social

El diálogo social es imprescindible para la democracia en general, y para la seguridad social en particular, dado su carácter de derecho humano fundamental y de política de Estado.

El diálogo es intercambio, comunicación entre sujetos diferentes, según surge de la misma etimología de la palabra, que deriva del griego, *dialagos*, “διάλογος”. Para ello se retoma la siguiente definición:

El diálogo, entonces, es el resultado de un proceso de cooperación y de trabajo conjunto para construir un significado común a los interlocutores. El diálogo no es un ejercicio contemplativo, sino generativo (Herrera, 2004).

Como menciona Murro, el término “diálogo social” es uno que evoca consenso así como “voluntad de acuerdo, esfuerzo para dirimir diferencias, por lo tanto, es ésta una expresión con una carga semántica claramente positiva, a la cual es difícil sustraerse” Murro (2005).

El diálogo social puede, por lo tanto, ser definido como: un proceso de construcción conjunta, cuyo resultado es fruto de un proceso de cooperación y de trabajo para construir un significado común a los interlocutores. Para Fulgueira, Errandonea y Porzecnski (2000) citados por Graña (2002): “El diálogo social no es una conversación sino un intercambio con pretensiones de cierre”.

Incluso según Murro (2005) el “diálogo social” también implica un involucramiento en los problemas económicos y sociales a través de un “cogobierno de la crisis y de los cambios, y su objetivo es promover el logro de un consenso y la participación democrática de los principales interlocutores” (2005, p. 12).

Razones para el dialogo social

Para que el diálogo social pueda desarrollarse de mejor forma son necesarios ciertos requisitos que se presentan a continuación:

- Los sujetos deben ser independientes y representativos. También deben y operar a través de una organización fuerte y legítima.
- La división de poderes no debe ser muy grande en el sistema de relaciones laborales de que se trate.
- Debe existir en los sujetos voluntad de resolver los problemas planteados en la mesa de diálogo, con el fin de implementar efectivamente lo acordado.
- Debe existir capacidad y, habilidad para el diálogo en cada una de las partes.
- Debe existir confianza mutua y buena fe.

En este mismo sentido, la participación puede entenderse como un comportamiento en el que tanto individuos como grupos de la sociedad están en situaciones (o dan origen a situaciones) capaces de moldear procesos políticos. Esta participación se centraliza en la creación de condiciones y marcos que brinden a los miembros de la sociedad óptimas oportunidades de desenvolvimiento individual e integración social.

Ejemplo de dialogo social

La OIT es un ejemplo concreto de experiencia internacional de diálogo social: es el único organismo mundial de estructura constitucionalmente tripartita, desde su fundación en 1919. Para ello, existen normas específicas que impulsan el diálogo social a través del tripartismo, como el Convenio internacional No. 144 sobre consulta tripartita (1976) y la Recomendación 113 (1960) sobre consulta nacional y en las ramas de actividad económica. También en los Convenios Internacionales actualizados de OIT arts. 72 del 102 (1952); 24 del 121(1964); 36 del 128 (1967), 31 del 130 (1969) y 29 del 168 (1988) y en el art. 27 de la Recomendación No. 67 de la Conferencia de Filadelfia (1944) se enfatiza el tripartismo.

En particular, en relación con la seguridad social, el Convenio 102 (norma mínima) establece que:

Cuando la administración no esté confiada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración o estar asociados a ella, con carácter consultivo, en las condiciones prescritas; la legislación nacional podrá prever asimismo la participación de representantes de los empleadores y de las autoridades (OIT, 1952).

Mientras que el Programa y Presupuesto de la OIT para el bienio 2000 - 2001 fijó como uno de sus cuatro objetivos estratégicos, el fortalecimiento del tripartismo y el diálogo social y como objetivo intermedio el fortalecimiento de los interlocutores sociales. Se parte de la base que el debilitamiento de los principales actores sociales dificulta el diálogo social y que su fortalecimiento es necesario, por al menos tres motivos. El primero es que los sindicatos se ven afectados por las nuevas formas de producción y organización del trabajo, el cambio tecnológico, las trabas jurídicas y las nuevas corrientes ideológicas que ponen en tela de juicio la acción colectiva. En segundo lugar, las organizaciones de empleadores no han abarcado apropiadamente la diversidad de intereses que aspiran representar. En tercer lugar, los ministerios de trabajo pierden peso en el conjunto de la administración pública ante los de economía y oficinas de planificación.

La OIT considera que el diálogo social y el tripartismo son claves para la profundización de la democracia pluralista y por ello sus prioridades programáticas y presupuestales.

El diálogo social puede clasificarse de diferentes maneras y adquirir diversas formas. Oscar Ermida (2006), por ejemplo, sistematizaba cinco clasificaciones de diálogo social, según las instituciones, la modalidad, la forma, la dimensión temporal y los niveles.

Según las instituciones que lo conforman, incluye la negociación colectiva, los mecanismos de información y consulta institucionalizados o no, los medios participativos y voluntarios de solución de conflictos de trabajo, la participación orgánica o inorgánica en la empresa o en instancias sectoriales y nacionales, la concertación social, incluidos los pactos sociales o acuerdos marco bi o tripartitos.,

Según la modalidad, se los clasifica en formales e informales, según estén las instancias institucionalizadas a través de normas jurídicas o respondan a iniciativas más o menos espontáneas y no reglamentadas.

Según la forma, pueden ser instancias orgánicas cuando se desarrolla en el seno de órganos expresamente creados para ello en los cuales los actores están representados o inorgánicas, cuando el diálogo social se desenvuelve espontáneamente al margen de la existencia de algún órgano especial

Según la dimensión temporal, puede ser permanente o intermitente, esporádico, accidental. La continuidad tiende a ser vista como un signo de madurez del diálogo e indica un cierto grado de consenso.

Según los niveles, puede ser centralizado a nivel nacional o aún internacional, o descentralizado por región o sector o rama de actividad y también local o por empresa.

Experiencia de Uruguay

En Uruguay la participación social de los interesados en la seguridad social tiene una larga trayectoria en el país, desde fines del siglo XIX. El máximo órgano de la seguridad social uruguaya es el Banco de Previsión Social (BPS), órgano autónomo creado directamente por la propia Constitución de la República en 1966, con el cometido esencial de "coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social" (BPS, 2023). Un organismo estatal de dirección colectiva para la gestión administrativa (no sólo consultivo) de la seguridad social. Su directorio está integrado en forma cuatripartita: cuatro directores designados por el Poder Ejecutivo con venia del Senado (históricamente por representantes de los partidos que integran la coalición/el acuerdo de gobierno), uno electo por los afiliados activos (trabajadores), uno electo por los jubilados y pensionistas (se han realizado seis elecciones por voto secreto obligatorio de jubilados/pensionistas), y uno electo por las empresas contribuyentes.

Tanto en el sector trabajadores y como en empleadores se han realizado 3 elecciones, desde el 2011 las mismas son obligatorias participando los inscriptos en BPS. El BPS representa el 90% del sistema, y existen otras 5 cajas: 3 que jurídicamente son servicios no estatales de previsión social: la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, la Caja de Jubilaciones y Pensiones Notariales y la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, que en sus respectivos ámbitos cubren a la actividad bancaria, la notarial y a los restantes profesionales universitarios excepto escribanos en ejercicio liberal de la profesión. En las tres instituciones existe representación mayoritaria de los interlocutores sociales, además de los delegados del Poder Ejecutivo.

Y otras dos que son los Servicios de Retiros Policiales y Militares que cubren jubilaciones y pensiones y ciertas prestaciones de actividad para dichos sectores, que se administran vertical y centralizadamente, de acuerdo con la dependencia que institucionalmente tienen de los de los respectivos ministerios en cuestión, es decir: del Interior y de Defensa respectivamente.

Por último, en cuanto a otros órganos en los que tengan participación los actores sociales, se menciona principalmente Junta Nacional de Salud, Instituto de Formación Profesional; los denominados Seguros Convencionales de Enfermedad y los Fondos Complementarios de jubilaciones y pensiones, de escaso desarrollo en el país, administrados directamente por los interesados en forma bipartita (trabajadores y empresas), creados mediante convenio colectivo, y que gozan de personería jurídica reconocida por las autoridades competentes.

En cuanto a las administradoras privadas de ahorro previsional individual, denominadas AFAPS, al igual que en otros países, no existe participación de los interesados en ninguna instancia de estas.

La experiencia acumulada en décadas de participación social lleva a que las organizaciones representativas tanto de trabajadores como de jubilados y pensionistas

hayan propuesto y elaborado cambios profundos en materia de seguridad social, que los actores políticos deben evaluar reconociendo, en definitiva, que son actores principales y que su participación es alejada del corporativismo e interés particular del sector al que representan.

Referencias

- Banco de Previsión Social. (2013). *Evolución histórica*. Banco de Previsión Social. Recuperado el 15 de septiembre de 2023, de <https://www.bps.gub.uy/11626/evolucion-historica.html>
- Convenio 102 - Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). OIT. Recuperado el 15 de julio de 2023, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247
- Convenio 144 - Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144). OIT. Recuperado el 15 de julio de 2023, de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_IL_O_CODE:C144
- Ermida Uriarte, O. (2006). *Diálogo Social: Teoría y Práctica*. IUSLabor 1/2006. Recuperado el 18 de julio de 2023, de <https://www.upf.edu/documents/3885005/3889500/ErmidaUriarteDialogoSocial.pdf/d3f8a850-892c-4369-b26b-0a98a1842d82>
- Graña, G. (2002). Políticas de empleo, formación y diálogo social: discusión conceptual y aproximación empírica al caso uruguayo. *Aportes para el diálogo social y la formación*, 8. OIT. Recuperado el 25 de julio de 2023, de: <https://www.oitcinterfor.org/node/6143>
- Herrera, J.C. (2023). *Diálogo y crisis: Notas para una reflexión*. (2003, febrero 9). Consultado en Monografías el 16 de julio 2023 de: <https://www.monografias.com/trabajos12/dialarg/dialarg>
- Murro, E. (2005), *Diálogo Social y Seguridad Social*. Comentarios de Seguridad Social - Nº9, Octubre - Diciembre 2005. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1767/1/dialogo-social-y-seguridad-social.-e.-murro.pdf>
- Propuestas de programa y presupuesto 2000-2001. (1999). Convenio de Programas Presupuesto y Administración. OIT. Recuperado el 20 de julio de 2023 de: <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb274/pfa-9-1.htm>

Créditos *revolving*, su naturaleza y funcionamiento

Mateo Acosta⁺⁺⁺
Universidad Técnica Particular de Loja

Recibido: 25 de julio de 2023
Aceptado: 31 de agosto de 2023

Resumen

Los créditos *revolving* o revolventes son comunes en la actualidad; sin embargo, su naturaleza y funcionamiento son todavía poco conocidos. Este artículo explica estos dos aspectos desarrollando un ejemplo que, en concordancia con los estudios disponibles, evidencia su inherente riesgo de endeudamiento así como algunas características que hacen a ciertos clientes vulnerables.

Palabras clave: créditos revolventes, endeudamiento, efecto bola de nieve, uso de tarjetas de crédito

Abstract

Revolving credits are common today; however, its nature and functioning are still poorly understood. This article explains these two aspects by developing an example that, in accordance with the available studies, shows its inherent risk of debt as well as some characteristics that make certain clients vulnerable.

Keywords: revolving credits, indebtedness, snowball effect, use of credit cards

⁺⁺⁺ Estudiante de la carrera de Economía de la Universidad Técnica Particular de Loja y de Ciencias Políticas de la Universidad Central del Ecuador. Contacto: macosta10@utpl.edu.ec

Las sociedades del mundo han atestiguado, en el transcurso del siglo pasado, la emergencia y progresiva generalización de la tarjeta de crédito como medio de pago. Tal es la importancia de este instrumento financiero que, en Ecuador al año 2022, se llevaron a cabo 90 millones de operaciones con esta modalidad (Asobanca, 2022). No obstante su cotidianidad, el conocimiento sobre cómo operan dichos productos financieros, así como la forma en que acumulan y cobran intereses es escaso. En este sentido, el presente artículo explica la naturaleza y funcionamiento de un tipo de producto financiero que se deriva de las tarjetas de crédito o crédito de consumo y, al ser poco conocido y tener un tipo de acumulación de intereses particular, es potencialmente riesgoso para el común de los consumidores; este es: el crédito revolvente o *revolving*, en inglés.

La línea de crédito revolvente

En apariencia, una línea de crédito revolvente no difiere de una tarjeta de crédito tradicional; sin embargo, su particularidad se encuentra en el modo que contractualmente se define la devolución del crédito y la forma en cómo se acumulan los intereses con cada consumo. Mientras una tarjeta de crédito tradicional fija un cupo por periodo y la devolución se efectúa por cuota fija o por porcentaje de deuda tomando en cuenta los intereses generados, en la modalidad de pago de una tarjeta *revolving*, el cupo se va renovando conforme se abona la deuda, no solo devolviendo al cliente la disponibilidad del crédito, sino que motivando la posibilidad de consumo y generación de intereses con costos adicionales (Metola, 2018).

Ahora bien, en una primera instancia, los créditos revolventes parecen ser productos financieros de gran utilidad pues permiten un flujo permanente de crédito para sus clientes de acuerdo con su consumo; mientras esta afirmación es cierta, es necesario comprender el funcionamiento de dichos créditos en tanto son parte de un modelo de negocio de las entidades financieras emisoras con alta rentabilidad.

Cuando se adquiere una tarjeta de crédito, que incluye un crédito *revolving*, el emisor formaliza tanto el cupo como una cuota mínima a los que deberá estar sujeto el cliente; en este proceso, la entidad emisora es capaz de generar gastos de emisión, comisiones de apertura u otros gastos como convenios con aseguradoras. Así, una vez puesta en operación la tarjeta y conforme el cliente consume el cupo, al momento de la fecha de vencimiento, el cliente podrá cancelar la cuota mínima o el saldo de contado (es decir la deuda total menos el saldo de los diferidos). Si elige la primera opción, el saldo continuará generando intereses a la vez que vuelve a tener disponible el cupo del crédito renovado (Metola, 2018).

En el transcurso de las operaciones descritas anteriormente, la emisora puede aumentar el saldo disponible, lo que, en una visión conjunta, hace de los créditos *revolving* una especie de línea permanente de crédito que, en esencia, crea una ficción en la que el cliente dispone indefinidamente del dinero prestado por la entidad financiera cuando lo que en realidad sucede es que, la posibilidad de acumular indefinidamente intereses por pagar se vuelve la relación cotidiana del cliente con su producto financiero; esta peculiaridad de las tarjetas *revolving* es mejor ilustrada por la metáfora del efecto de la bola de nieve que se explica más abajo.

Intereses revolventes, una bola de nieve en una ladera sin fin

Las más grandes bolas de nieve suelen empezar como pequeñas formaciones que conforme pasa el tiempo y más ruedan por una ladera se van acumulando unas con otras hasta adquirir dimensiones colosales, pero, de una manera más esencial, también son potencialmente peligrosas. Excluyendo la posibilidad de que los clientes de las tarjetas *revolving* paguen siempre el saldo de contado, esta es la manera en que los intereses que genera cada consumo en el saldo restante se van acumulando, formando poco a poco, una gran deuda lo mismo que colosal, peligrosa.

Supongamos que una persona adquiere su tarjeta *revolving* en enero de 2023, a un interés anual fijo de 25% optando por la modalidad de pago fija mensual de USD 35. La persona realiza los siguientes movimientos hasta cancelar su crédito tal como se resume a continuación:

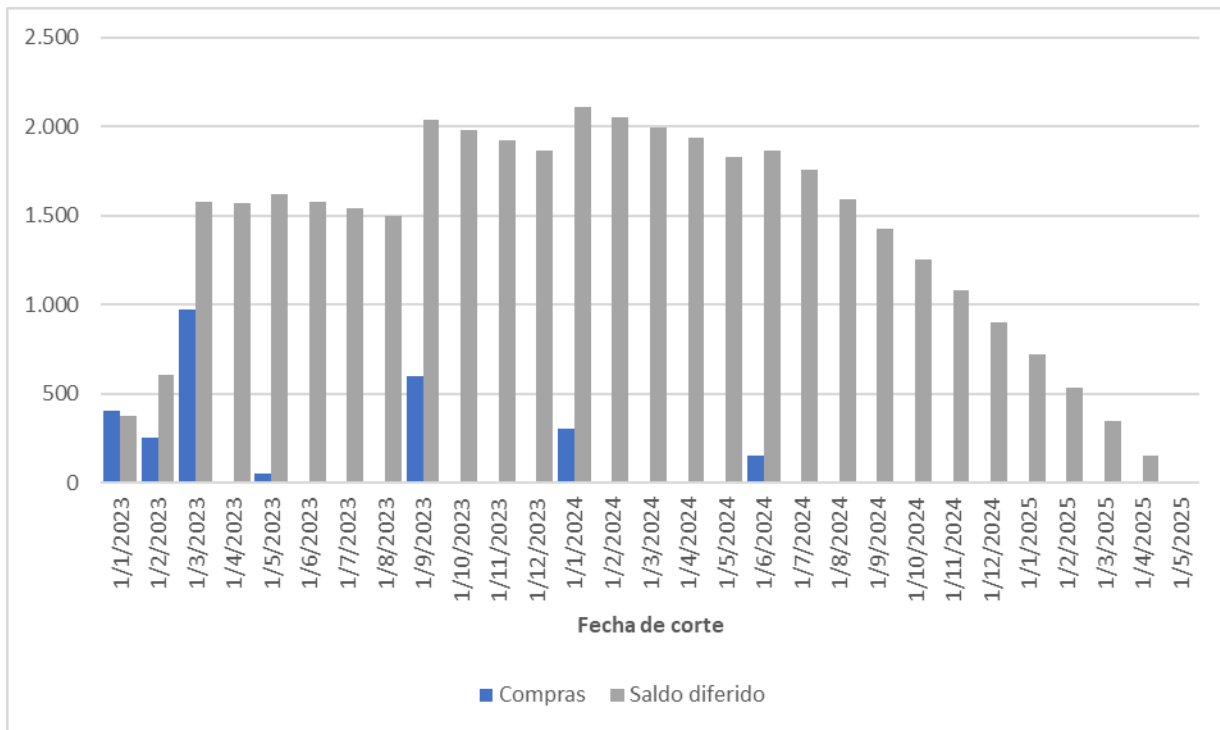
Tabla 1: Movimientos de una tarjeta *revolving* hasta la cancelación del crédito (en USD dólares)

Fecha de corte	Compras	Mínimo por pagar (-)	Interés acumulado 25% anual	Saldo actual	Saldo diferido
1/1/2023	400	35	8,3	408,3	373,3
1/2/2023	250	35	13,0	636,3	601,3
1/3/2023	975	35	32,8	1.609,1	1.574,1
1/4/2023	0	35	32,7	1.606,8	1.571,8
1/5/2023	50	35	33,7	1.655,5	1.620,5
1/6/2023	0	75	33,7	1.654,3	1.579,3
1/7/2023	0	75	32,8	1.612,1	1.537,1
1/8/2023	0	75	32,0	1.569,1	1.494,1
1/9/2023	600	100	43,6	2.137,6	2.037,6
1/10/2023	0	100	42,4	2.080,0	1.980,0
1/11/2023	0	100	41,2	2.021,2	1.921,2
1/12/2023	0	100	40,0	1.961,2	1.861,2
1/1/2024	300	100	45,0	2.206,1	2.106,1
1/2/2024	0	100	43,8	2.149,9	2.049,9
1/3/2024	0	100	42,6	2.092,6	1.992,6
1/4/2024	0	100	41,4	2.034,0	1.934,0
1/5/2024	0	150	40,2	1.974,2	1.824,2
1/6/2024	150	150	41,1	2.015,3	1.865,3
1/7/2024	0	150	38,8	1.904,1	1.754,1
1/8/2024	0	200	36,5	1.790,6	1.590,6

1/9/2024	0	200	33,1	1.623,7	1.423,7
1/10/2024	0	200	29,6	1.453,3	1.253,3
1/11/2024	0	200	26,1	1.279,3	1.079,3
1/12/2024	0	200	22,5	1.101,8	901,8
1/1/2025	0	200	18,8	920,5	720,5
1/2/2025	0	200	15,0	735,5	535,5
1/3/2025	0	200	11,1	546,7	346,7
1/4/2025	0	200	7,2	353,9	153,9
1/5/2025	0	157	3,2	157,1	0,0
Totales	2.725	3.607,09			

Elaboración: Propia

Figura 1: Evolución de la deuda y uso de la tarjeta revolving



Elaboración: propia

El ejemplo hasta aquí esbozado adolece de ciertas simplificaciones a razón de resumir la evidente complejidad de las operaciones revolventes en la realidad. En un primer momento, no se han tomado en cuenta comisiones u otros gastos, al mismo tiempo que no se pone de manifiesto una situación de morosidad y, en un segundo momento, se asume una modalidad de pago fija siendo la que menos intereses acumularía en el transcurso del tiempo. En este contexto, es posible entender el funcionamiento de la tarjeta *revolving* en tres aspectos principales:

- En primer lugar, la tarjeta solo registró siete consumos en el transcurso de sus operaciones y a pesar de que esto fue suficiente para propiciar un endeudamiento por dos años y cinco meses, es evidente que si el cliente no hubiera dejado de consumir definitivamente desde julio de 2024 y por el contrario hubiera hecho uso del crédito renovado también hubiera generado más intereses de forma indefinida, a su vez,
- La cuota fija mensual que se estableció en la apertura de la tarjeta indujo a que el cliente mantenga una deuda elevada que solo se pudo cancelar incrementando progresivamente la cuota mensual y, finalmente,
- El dinero prestado por el banco fue de USD 2.725 mientras que lo que se pagó al final de las operaciones fue de USD 3.607,09, lo que deja en evidencia que el costo global del crédito fue de un 32,37% y el costo anual total de 13,52%; en otras palabras, el cliente al cierre de las operaciones pagó USD 882,02 más del capital que utilizó.

En definitiva, los créditos de naturaleza *revolving*, si bien permiten disponer del crédito renovado permanentemente, el modo en que acumulan los intereses por pagar los convierte en instrumentos financieros que aseguran el endeudamiento del cliente quien, mientras más consume y más bajas cuotas pague mensualmente, más hace crecer la bola de nieve de intereses que progresivamente se acumulan en una deuda sostenida en el tiempo.

Vulnerabilidad y tarjetas *revolving*

Las tarjetas *revolving*, al no dejar de ser un producto, tienen un público objetivo. En una visión superficial, es evidente que el tipo de cliente que necesite una *revolving* debe querer disponer de una línea de crédito permanente que sea relativamente flexible con el pago y al mismo tiempo estar dispuesto a aceptar intereses relativamente altos. Ahora bien, excluyendo la posibilidad de que se adquiriera una tarjeta *revolving* por condiciones excepcionales o de precariedad, cierto grupo de los clientes de tarjetas revolventes que no conocen como funcionan comparten una característica sistémica: el ser vulnerables.

Aunque no es posible generalizar las características de todos los clientes de tarjetas *revolving*, es posible identificar que, en países de América del Norte y Europa, aquellos más propensos a hacer un uso riesgoso de las mismas son jóvenes entre 18 y 25 años de edad¹ (Awanis, 2013); aunado a esto, se ha identificado que aquellos jóvenes que, efectivamente estudian en la universidad, se encuentran en un riesgo financiero real al existir entre ellos una prevalencia de patrones de consumo específicos como la compra de productos no estrictamente necesarios o el pago de servicios recreacionales durante vacaciones sumado a los costos universitarios (Robb y Pinto, 2010). Finalmente, también existen pruebas de que el género y la influencia familiar tienen un papel en la posibilidad de mantener deudas por una tarjeta revolvente, particularmente, las mujeres y aquellas personas con una influencia parental débil son aquellas que tienen más riesgo (Limbu et al., 2012).

¹ Las condiciones históricas y socioeconómicas que han determinado los altos precios de la educación universitaria particularmente en Estados Unidos, han hecho de los créditos revolventes un producto financiero popular entre los estudiantes quienes, desde la perspectiva de la emisora, son clientes que generarán altos intereses no solo a razón de sus estudios sino por sus patrones de consumo específicos, al mismo tiempo que se espera sean capaces de cubrir sus deudas por sus ingresos esperados en el futuro.

En el entorno nacional, la información parece reforzar estas observaciones pues en 2022, Ecuador tuvo 55.517 nuevos clientes de tarjetas de crédito de los cuales, un 51,5% eran jóvenes menores a 25 años (Asobanca, 2022). En definitiva, aunque no es posible extender todos los criterios de elegibilidad que utilizan las emisoras, es evidente que, productos financieros como las tarjetas *revolving* buscan un público objetivo que garantice una rentabilidad sostenida; sin embargo, dicho público objetivo usualmente tiene características que lo hace vulnerable al endeudamiento.

Conclusiones

Una vez explicados tanto la naturaleza como el funcionamiento de los créditos revolventes es posible realizar algunas observaciones finales. Por su naturaleza, estas líneas de crédito permiten disponer a los clientes de un cupo que se va renovando conforme se cancela la deuda; sin embargo, el precio que se paga por dicho beneficio es que los intereses también se acumulen de forma revolvente. Asimismo, al explicar el funcionamiento de estos créditos, fue posible evidenciar que no solamente estimulan el consumo sino que estimulan el acumulamiento de la deuda al modo de una bola de nieve que crece conforme se desplaza por una ladera acumulando intereses con cada consumo. Finalmente, existe información relevante que indica que el público objetivo de las tarjetas revolving tiene características que lo hacen vulnerable al endeudamiento, entre ellas, el género, la edad y el estar estudiando en la universidad.

Referencias

- Asobanca. (2022). *ABC de las Tarjetas de crédito*. Asobanca. <https://asobanca.org.ec/abc-de-las-tarjetas-de-credito/>
- Awanis, S. (2013). *Youth vulnerability and susceptibility to credit card misuse and indebtedness: A cross-country exploration*. Phd Thesis at University of Manchester. https://pure.manchester.ac.uk/ws/portalfiles/portal/54542615/FULL_TEXT.PDF
- Khare, A. (2013). Credit card use and compulsive buying behavior. *Journal of Global Marketing*, 26(1), 28–40. <https://doi.org/10.1080/08911762.2013.779406>
- Limbu, Y. B., Huhmann, B. A., & Xu, B. (2012). Are college students at greater risk of credit card abuse? Age, gender, materialism and parental influence on consumer response to credit cards. *Journal of Financial Services Marketing*, 17(2), 148–162. <https://doi.org/10.1057/fsm.2012.9>
- Nelson, M. C., Lust, K., Story, M., & Ehlinger, E. (2008). Credit card debt, stress and key health risk behaviors among college students. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 22(6), 400–406. <https://doi.org/10.4278/ajhp.22.6.400>
- Metola, I. (2018, noviembre 22). *Tarjetas REVOLVING: Funcionamiento y Reclamación (Guía 2023)*. Conceptos Jurídicos. <https://www.conceptosjuridicos.com/tarjeta-revolving/>

**Observatorio de Financiamiento para el Desarrollo.
Nota Técnica N° 5**

septiembre 2023 - febrero 2024

ISSN en línea: 2806-5603

Editada por Katuska King

Universidad Central del Ecuador

Ciudadela Universitaria Av. América

Quito - Ecuador



Financiamiento
para el **Desarrollo**
en **Ecuador**

Observatorio