



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**La sostenibilidad financiera de seguros de salud pública. Un estudio de los modelos entre países desarrollados y emergentes**

**AUTORA:**

**Tipán Jácome Gabriela Natalí**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**Guayaquil, Ecuador  
2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Odontologa, Gabriela Natalí Tipán Jácome**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**REVISOR**

---

**Ing. Said Diez Farhat, Ph.D.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.**

**Guayaquil, a los 10 días del mes de enero del 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Gabriela Natalí Tipán Jácome

**DECLARO QUE:**

El documento **“La sostenibilidad financiera de seguros de salud pública. Un estudio de los modelos entre países desarrollados y emergentes”** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 10 días del mes de enero del 2026**

**LA AUTORA**

---

**Gabriela Natalí Tipán Jácome**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Gabriela Natalí Tipán Jácome**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: “**La sostenibilidad financiera de seguros de salud pública. Un estudio de los modelos entre países desarrollados y emergentes**” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 10 días del mes de enero del 2026**

**LA AUTORA**

---

**Gabriela Natalí Tipán Jácome**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SUBSISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

REPORTE COMPILATIO

**C** CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

**GabrielaTipan\_CorrecciónPlagio\_Versión3**

Nombre del documento: GabrielaTipan\_CorrecciónPlagio\_Versión3.docx  
ID del documento: c66e1d56a8c85279cc140be7d06c2659bce882e  
Tamaño del documento original: 44,08 kB

Depositante: María de los Angeles Núñez Lapo  
Fecha de depósito: 14/10/2025  
Tipo de carga: Interfaz  
fecha de fin de análisis: 14/10/2025

Número de palabras: 4902  
Número de caracteres: 32.066

Ubicación de las similitudes en el documento:

**Fuentes con similitudes fortuitas**

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	uvadoc.uva.es   La sostenibilidad del sistema público de pensiones <a href="https://uvadoc.uva.es/handle/10324/53255">https://uvadoc.uva.es/handle/10324/53255</a>	< 1%	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div></div>	Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
2	repositorio.flacsoandes.edu.ec <a href="http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15979/8/TFLACSO-2019EACC.pdf">http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15979/8/TFLACSO-2019EACC.pdf</a>	< 1%	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div><div style="background-color: #e0e0e0; width: 10px; height: 10px;"></div></div>	Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

## AGRADECIMIENTO

**A Dios, por ser mi guía constante, por darme la fortaleza en los momentos difíciles y la luz necesaria para continuar cuando el camino parecía incierto. Gracias por bendecirme con sabiduría, salud y por permitirme culminar este sueño con fe y esperanza.**

**A mis padres, pilares fundamentales de mi vida, por su amor inmenso, su sacrificio silencioso y su ejemplo de perseverancia. Gracias por creer siempre en mí, por acompañarme con palabras de aliento y por enseñarme que los logros se construyen con esfuerzo, humildad y dedicación.**

**A mi familia, por su comprensión en los días de ausencia, por su paciencia y por brindarme su cariño en cada etapa de este proceso. Su apoyo incondicional fue mi mayor motivación para no rendirme.**

**Este logro es el fruto de muchas noches de esfuerzo, de lágrimas y de fe. A todos los que me acompañaron, de cerca o en la distancia, gracias por ser parte de este sueño hecho realidad.**

**Gabriela Natalí Tipán Jácome**

## DEDICATORIA

**A mis padres, quienes con su amor infinito, esfuerzo y ejemplo me enseñaron el verdadero significado de la constancia y el sacrificio. Gracias por creer en mí aun cuando yo dudaba, por acompañarme en silencio y brindarme siempre su apoyo incondicional. Este logro es tan mío como suyo.**

**A mis hermanas, por su comprensión en los días de ausencia, por sus palabras de aliento y por celebrar conmigo cada pequeño avance. Su amor ha sido mi mayor inspiración.**

**A todas las personas que de alguna manera formaron parte de este proceso, les agradezco desde lo más profundo de mi corazón. Este trabajo es el reflejo de mis sueños, del esfuerzo compartido y de la fe que nunca me abandonó.**

**Gabriela Natalí Tipán Jácome**

## Introducción

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud pública constituye uno de los desafíos más críticos para las políticas sociales contemporáneas. En un contexto global caracterizado por el envejecimiento poblacional, el incremento sostenido en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y las recurrentes crisis económicas, garantizar la viabilidad fiscal de estos sistemas sin comprometer el acceso equitativo a la atención médica se ha convertido en una prioridad estratégica para los países (Riofrio & Chiliquinga, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development OECD., 2024). El peso de estos factores no sólo golpea en el gasto público, sino que también obliga a estudiar, como se financian y se gestiona los sistemas de salud, con el objetivo de preservar el carácter universal y garantizar la calidad de los servicios.

En este contexto se realiza una comparación entre los modelos de financiamiento de seguros de salud de cinco países: tres considerados como desarrollados (Reino Unido, Alemania y Canadá) y dos vías de desarrollo (Ecuador y Colombia). El objetivo es reconocer igualdades en su estructura, retos y estrategias innovadoras que guíen para crear políticas públicas, más sólidas y sostenibles. El estudio parte de la idea de qué la sostenibilidad financiera es importante para que los sistemas de salud cumplan con su función social, además, un análisis comparativo que permita obtener enseñanzas útiles en escenarios con distintos niveles de desarrollo económico (Benítez, 2024; Espinal & Restrepo, 2022; OECD., 2024).

La importancia de este estudio radica en estudios previos: según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2022 el gasto en salud alcanzó un promedio del 9,7 % del PIB, mientras que en 2010 era del 8 %. Este incremento refleja tanto el avance de las tecnologías médicas como las presiones derivadas del cambio demográfico, particularmente el aumento de la población mayor de 65 años, que se proyecta representará el 16 % de la población mundial para 2050 (Riofrio &

Chiliqinga, 2025). Estas tendencias implican mayores costos asociados a la atención de largo plazo, a la gestión de enfermedades crónicas y a la provisión de cuidados especializados. En suma, la pandemia del COVID-19 resaltó debilidades en la estructura, incluso en aquellos sistemas de salud, considerados como sólidos, al presionar en un mismo instante, la capacidad financiera, la disponibilidad del personal y la flexibilidad institucional

En América Latina, estas barreras tienen particularidades propias. Mientras que en los países desarrollados que se incluyen en este análisis cuentan con cobertura universales y financiamientos estables, en cambio, las naciones emergentes de la región enfrentan dificultades como: alta informalidad laboral, la limitada, capacidad de las contribuciones y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. (Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020). Ecuador, por ejemplo, registraba en 2014 un gasto de bolsillo equivalente al 35 % del gasto total en salud, cifra muy superior al promedio de la OCDE (20 %) y que revela limitaciones significativas en la protección financiera de los hogares (Erlangga et al., 2019; Sánchez & Jaramillo 2020). Si bien las reformas implementadas entre 2007 y 2017 contribuyeron a reducir este indicador y ampliar la cobertura, aún persisten desafíos críticos en términos de equidad y suficiencia de recursos (Quizhpe et al., 2025; Gleißner et al., 2022; Sánchez et al., 2020). Colombia, por su lado, ha implementado un modelo de competencias gestionadas que combinan tanto aseguradoras públicas y privadas mediante un sistema de unidad de pago por capitación, este modelo ha permitido que la cobertura se extienda, aunque también enfrenta críticas debido a la segmentación institucional y a los altos valores administrativos (Sánchez & Jaramillo, 2020; Mendes & Da Silva, 2020).

Este análisis se justifica en tres dimensiones principales: primero, la equidad al acceso de servicios de salud se ve comprometido cuando los sistemas no son sostenibles, ya que los ajustes del presupuesto suelen derivar de recortes a servicios que afectan más a grupos vulnerables (Benítez, 2024; Williams et al., 2021). Segundo, la estabilidad económica puede verse afectada cuando el financiamiento de la salud ocupo altos

porcentajes de gasto público, sin mecanismos de equilibrio, como pasó en varias economías de Europa durante la crisis en el 2008 (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Y como tercer punto. La capacidad de respuesta ante crisis sanitaria y económicas, dependen siempre en gran medida de una estructura financiera del sistema, siendo aquellos modelos que se basan en impuestos progresivos y en fondos de contingencia, lo que da mayor resistencia (Espinal & Restrepo, 2022; OECD., 2024).

El objetivo principal del estudio es realizar un análisis comparativo de los modelos de financiamiento de salud pública, en los cinco países seleccionados, poniendo a consideración aspectos claves como: (a) los mecanismos de financiación predominantes, ya sea a través de impuestos generales, contribuciones sociales obligatorias o esquemas mixtos; (b) los factores que afectan su sostenibilidad, como variables demográficas, la estructura del mercado laboral y la eficiencia en la gestión de recursos; y (c) las lecciones que pueden extraerse para contextos con distintos niveles de desarrollo económico.

El presente documento se organizará de la siguiente manera: introducción, Marco conceptual en donde se definieran los conceptos centrales del análisis, diferenciando, modelos, así como también los indicadores principales de la sostenibilidad financiera. Las secciones siguientes estudiarán en primera instancia, los casos de los países desarrollados y luego los países emergentes (en vías de desarrollo), resaltando las particularidades institucionales y las barreras específicas que enfrentan. Posteriormente, se desarrolla una discusión comparativa que identifica puntos de convergencia y divergencia entre ambos grupos de naciones, para finalmente derivar conclusiones y recomendaciones de política orientadas a fortalecer la sostenibilidad de los sistemas de salud en distintos contextos socioeconómicos.

## Cuerpo

### **Marco Conceptual**

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud pública puede definirse como la capacidad de estos para mantener, a lo largo del tiempo, niveles adecuados de cobertura, calidad y acceso a los servicios sin comprometer la estabilidad fiscal del Estado ni trasladar cargas excesivas a los hogares (Benítez, 2024; Espinal & Restrepo, 2022). Este concepto abarca puntos importantes: contar con recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de la población, administrarlos de manera eficiente, y garantizar que estos se distribuyan de una manera equitativa. Estudiar la sostenibilidad, no sólo implica observar los flujos de financiamiento actuales, sino que se proyecten a mediano y largo plazo, considerando siempre los factores demográficos, epidemiológicos y económicos (Río Frio & Chiliquinga, 2025; Sánchez & Jaramillo, 2020).

La financiación de los sistemas de salud pública se estructura en torno a tres modelos principales reconocidos en la literatura: el modelo Beveridge, el Bismarck y los modelos híbridos (Espinal & Restrepo, 2022; OECD., 2024). El primero está presente en los países de Reino Unido y Canadá, se financia principalmente con los impuestos y ofrece servicios públicos universales que se garantiza por el Estado. Este modelo favorece en la equidad, ya que el acceso no va a depender de los empleos, ni del pago directo, aunque enfrenta problemas como grandes listas de espera y la sostenibilidad fiscal debido a cambios demográficos (Mohajer et al., 2025). El segundo modelo está presente en Alemania, este pasa sus contribuciones en obligaciones directas, a los trabajadores y a los empleadores en un fondo de seguro social, que es administrado por entidades, sin fines de lucro, este sistema une directamente los ingresos y el financiamiento, combinando provisión tanto pública como privada, aunque puede verse afectada por los cambios en los empleos y los altos valores administrativos (Van Niekerk et al., 2023). Los modelos híbridos están presentes en Colombia y en Ecuador, combinan elementos de los dos primeros modelos, compartiendo mecanismos,

contributivos y de financiamiento mediante los impuestos, con un sector público que une seguro sociales y el sector privado (Gleißner et al., 2022; Mendes & Da Silva, 2020).

Para medir la sostenibilidad, se consideran dos principales indicadores: el financiero y el de desempeño entre el indicador financiero, destaca el gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto, que muestra el impulso económico de cada país; el gasto de bolsillo de los hogares, que refleja la protección financiera y las barreras de acceso; y por último, la proporción relativa del gasto público y privado, que muestra cuánto aporta el estado frente a cada individuo (Williams et al., 202; OECD., 2024). Asimismo, la proporción de costos administrativos sobre el gasto total permite evaluar la eficiencia interna del sistema, ya que una gestión fragmentada o burocrática puede comprometer recursos que deberían destinarse directamente a la atención (Espinal & Restrepo, 2022; Mendes & Da Silva, 2020). En el plano de desempeño, se utilizan métricas como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad evitable y la cobertura efectiva de servicios esenciales, que permiten vincular el nivel de inversión con los resultados sanitarios obtenidos (Río Frio & Chiliquinga, 2025; OECD., 2024)

Cabe señalar, que la sostenibilidad financiera no es un objetivo aislado, sino un medio para garantizar la resiliencia de los sistemas de salud ante choques externos. La literatura ha demostrado que los sistemas con financiamiento diversificado, fondos de contingencia y mecanismos de control de costos logran mantener su funcionamiento incluso durante crisis económicas o emergencias sanitarias, como se observó en algunos países de la OCDE durante la pandemia del COVID-19 (Río Frio & Chiliquinga, 2025; OECD., 2024). Por el contrario, aquellos altamente dependientes de ingresos fiscales volátiles o con alta informalidad laboral, como ocurre en buena parte de América Latina, son más vulnerables a recortes presupuestarios y deterioro de la calidad de la atención (Williams et al., 2021; Sánchez et al., 2020; Mendes & Da Silva, 2020).

### ***Casos de países desarrollados: Reino Unido, Alemania Y Canadá***

El Reino Unido constituye uno de los ejemplos más representativos del modelo Beveridge, caracterizado por el financiamiento mediante impuestos generales y la provisión de servicios a través del National Health Service (NHS), fundado en 1948 con el objetivo de garantizar atención médica gratuita en el punto de uso (Espinal & Restrepo, 2022; OECD., 2024). Este sistema se financia principalmente con el aporte fiscal que para el año 2022, representaron cerca del nueve, 8% del producto interno bruto, con más del 80% del gasto en salud proveniente de los fondos públicos (Riofrio & Chiliquinga, 2025).

Entre sus puntos más fuertes, podemos mencionar la cobertura universal, la igualdad de acceso, sin importar el nivel socioeconómico de los beneficiarios. Sin embargo, el NHS presenta desafíos crecientes, debido a que la población envejece, aumentan enfermedades crónicas, lo que ha generado debate sobre sostenibilidad financiera a largo plazo. (Mohajer et al., 2025). Las reformas actuales han buscado mejorar la eficiencia, buscando integrar nuevas tecnologías digitales y reforzando siempre la atención primaria en salud (Espinal & Restrepo, 2022).

En Alemania, el sistema de salud sigue el modelo Bismarck, sustentado en un seguro obligatorio que cubre al 90% de la población mediante cajas, de seguro que se financia con contribuciones de empleadores y trabajadores (Van Niekerk et al., 2023). En 2022, el gasto sanitario alcanzó el 12,8 % del Producto interno bruto, uno de los más altos de Europa, con una amplia oferta de proveedores públicos y privados bajo regulación estatal (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Este modelo ha mostrado una respuesta positiva y estabilidad, gracias a que la descentralización de la gestión y competencia entre aseguradoras la calidad de atención y ayuda a controlar los costos. Sin embargo, enfrenta barreras relacionadas con el aumento de los costos de los farmacéuticos, la demanda en la atención a pacientes adultos mayores y la integración de extranjeros al sistema (Van Niekerk et al., 2023). En contestación, Alemania ha introducido mecanismos

automáticos de contribuciones y políticas en promoción de la salud para reducir la carga de enfermedades crónicas (Espinal & Restrepo, 2022).

Por otro lado, Canadá presenta un modelo basado en el esquema Beveridge, pero con algunas características federales. Su sistema, conocido como Medicare, es sostenido, principalmente por los impuestos, recaudados a nivel federal, con la obligación de garantizar una cobertura extensa para servicios en procedimientos esenciales, según la Canada Health Act de 1984 (OECD., 2024; Mohajer et al., 2025). En 2022, el gasto en salud representó el 10,8 % del producto interno, bruto, con aproximadamente el 70 % proveniente de fondos federales (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Entre sus principales obstáculos se encuentran los desequilibrios en el acceso, sobre todo en zonas remotas o rurales, las listas de espera para especialidades y la creciente presión por financiar telemedicina de alto costo (OECD., 2024). Para encarar estos obstáculos, Canadá, reforzado con programas de prevención y atención primaria en salud y apostado por una herramienta con una amplia cobertura la telemedicina.

En este grupo de países desarrollados se muestra que la sostenibilidad financiera va a depender de la base sólida tributaria, mecanismos que regulan de manera estricta y políticas que se enfoquen en la igualdad. Aun así, la presión demográfica, el avance en la tecnología y las altas esperanzas sociales, son desafíos que enfrentan de manera diaria, lo que evidencia que incluso los sistemas más sólidos necesitan reajustarse de manera constante para mantener su viabilidad. (Riofrio & Chiliquinga, 2025; OECD., 2024).

### ***Casos de países emergentes: Ecuador y Colombia***

Si hablamos del Ecuador, el sistema de salud pública tiene una estructura baja, desde el principio de universalidad, gratuidad y equidad, establecido en la Constitución de la República del Ecuador del 2008, y operacionalizado, principalmente a través de la Red de salud integrada por: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otras entidades de seguridad social (Gleißner et al., 2022; Walugembe et al., 2019). El financiamiento del sistema se basa en impuestos generales y

en la contribución de los afiliados al IEES, representando en el 2022, aproximadamente el ocho, 5% del producto interno bruto, con cerca del 60% de un gasto cubierto por el gobierno. (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Aunque sea ha logrado extender la cobertura de los servicios de salud, todavía existen obstáculos importantes, como la división institucional, la dependencia de ingresos inestables y la inequidad de la distribución de recursos a zonas rurales del país (Gleißner et al., 2022; Lopez, 2023).

En adición, el gasto sigue siendo elevado, llegando cerca del 40% del gasto total en salud, lo que va a representar una barrera económica para los hogares con ingresos bajos (Walugembe et al., 2019). Para ponerle frente a estos problemas, el gobierno del Ecuador ha impulsado el fortalecimiento de la atención primaria en salud y programas que ayuda con medicamentos de manera gratuita, aunque su sostenibilidad financiera está en quiebre debido a la limitada, recaudación tributaria y a la dependencia de los costos internacionales en base de petróleo (López, 2023).

Por otro lado, Colombia, cuenta con un sistema de salud mixto regido por la ley 100 de 1993, que propuso un modelo de aseguramiento universal, mediante el sistema general de seguridad social en salud, que incluye el régimen contributivo y el subsidiado (Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020). El financiamiento de este sistema proviene gran parte de las contribuciones, salariales, impuestos y transferencias del Estado, lo que permite que llegue a una cobertura del 98% de la población (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Sin embargo, la sostenibilidad financiera del sistema colombiano se ve comprometida por el aumento de los costos altos en medicamentos, fallos judiciales que obligan a cubrir los tratamientos que no son inmersos en el plan de beneficios y la falta de pago de entidades promotoras de salud (Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020). En 2022, el gasto sanitario representó el 7,7% del producto interno, bruto, con una fuerte participación del gasto público, pero con un gasto de bolsillo que aún supera el 15% del total (Riofrio & Chiliquinga 2025). entre las correcciones de la ley más actuales, se puede decir que la introducción de un mecanismo que controla los precios de los fármacos, la ampliación o extensión de la cobertura en la tensión primaria

de salud y la incorporación de estrategias en tal de medicina. Pueden ser mejoras de la eficiencia del sistema (Mendes & Da Silva, 2020).

En estos países, la extensión de la cobertura ha sido una meta importante durante las últimas décadas, pero la estabilidad financiera de los sistemas sigue dependiendo de un flujo constante de recursos, contener el gasto en tecnología de cuenta y asegurar una gestión eficiente. A diferencia de los países desarrollados, la base tributaria más reducida, la dependencia de economías primarias y la alta informalidad laboral constituyen limitantes estructurales para alcanzar niveles de financiamiento sostenibles a largo plazo (Riofrio & Chiliquinga, 2025; Gleißner et al., 2022; David Williams & Grépin, 2021; Walugembe et al., 2019; Mendes & Da Silva 2020; Lopez, 2023).

En los casos de Ecuador y Colombia, la extinción de la cobertura de salud, haciendo una meta importante durante los últimos tiempos, pero la estabilidad financiera sigue dependiendo del flujo constante de recursos, y de asegurar una gestión eficiente. A diferencia de los países desarrollados, la base tributaria más reducida, la dependencia de economías primarias son limitantes estructurales para alcanzar los niveles óptimos de financiamiento sostenible

#### *Análisis comparativo de las variables entre países desarrollados y emergentes*

La comparación entre los seguros de salud pública de Reino Unido, Alemania y Canadá, frente a Ecuador y Colombia nos muestra tanto similitudes en la estructura, como diferencias en su diseño, financiamiento, cobertura y sostenibilidad. Aunque todos los países analizados comparten el objetivo de garantizar el acceso a la salud, las condiciones en la economía, la capacidad y los modelos de gobierno, condicionan la viabilidad de este objetivo a largo plazo (Riofrio & Chiliquinga, 2025; Gleißner et al., 2022; Williams et al., 2021; OECD., 2024; Walugembe et al., 2019; Mendes & Da Silva, 2020).

Los países desarrollados presentan una base tributaria sólida y sistemas de recaudación eficientes para el financiamiento del sistema que permite mantener niveles altos en gasto público de salud; en Reino Unido, el NHS se financia principalmente de impuestos generales, representando cerca del 96% del producto interno bruto, mientras que el gasto de bolsillo de los lugares alcanza el 9% del total en salud (Riofrio & Chiliquinga, 2025). Por otro lado, en Alemania, el sistema de seguro social se sostiene con salarios obligatorios, como contribución y aportes estatales, con un gasto en salud equivalente al 12,8 % del producto interno, bruto y un gasto de bolsillo cercano al 13 % (OECD., 2024).

Canadá, financia su sistema de cobertura universal a través de impuestos federales y provinciales, con un gasto del 10,8% del producto interno bruto y un gasto directo de los hogares inferior al 15% (Riofrio & Chiliquinga, 2025; Van Niekerk et al., 2023). En comparación, Ecuador y Colombia el gasto público en salud es menor solo un 8,5% y 2,7% del producto interno bruto, y la recaudación tributaria pone en evidencia las limitaciones por la gran informalidad laboral, la menor capacidad de respuesta y la dependencia de sectores primarios como el petróleo y la agricultura (Gleißner et al., 2022; Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020). Este hueco en el financiamiento repercute directamente en la calidad y alcance de los servicios de salud

En cuanto a la cobertura de los países, los cinco analizados han logrado importantes alcances hacia la universalidad, aunque con algunas diferencias. Los países desarrollados cuentan con una extensión de casi el 100% en su población, con mecanismos que atienden tanto a servicios básicos como tratamientos complejos (Riofrio & Chiliquinga, 2025; OECD., 2024; Van Niekerk et al., 2023). En Colombia, la cobertura cubre un 98%, mientras que Ecuador supera el 95%, y aunque todavía existen espacios de cobertura, especialmente en zonas rurales y poblaciones alejadas. (Gleißner et al., 2022; Mendes & Da Silva, 2020). La principal diferencia es que, en los países desarrollados, la universalidad no sólo se basa en una inscripción de sistema, sino que también en la disponibilidad oportuna de los servicios de salud. A diferencia de que en

los países vías de desarrollo, la falta de infraestructura y el personal de salud limita la capacidad del servicio aun cuando nos niveles de afiliación, al seguro social, se consideren altos

En el gasto en salud por habitante, la brecha es aún más marcada. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2022 el gasto anual per cápita en salud fue de aproximadamente 5.400 USD en Canadá, 5.900 USD en Alemania y 4.300 USD en Reino Unido, mientras que en Colombia apenas alcanzó los 1.500 USD y en Ecuador se situó en torno a los 1.200 USD (Río Frio & Chiliquinga, 2025; Gleißner et al., 2022; Mendes & Da Silva 2020). Las diferencias se notan no solo en los espacios económicos, sino también en las capacidades de inversión en telemedicina y tecnología, infraestructura, hospitalaria y programas dedicados a la prevención. Como resultado vemos que los países desarrollados muestran indicadores de salud favorables como una menor mortalidad, evitable y mayor calidad de vida, aunque deben enfrentarse desafíos relacionados con la longevidad de la población y el aumento del gasto sanitario (OECD., 2024; Van Niekerk et al., 2023).

A la sostenibilidad financiera, los países desarrollados cuentan con mecanismos más sólidos para controlar los costos y evaluar tecnología. Por ejemplo, Reino Unido, utiliza el National Institute For Health And Care Excellence, para determinar la relación costo beneficio de los tratamientos; Alemania utilizan la negociación para ver precios con la industria farmacéutica, pasándose en evaluaciones de beneficio terapéutica; y Canadá, aplica compras públicas, centralizadas y regulación de precios (OECD., 2024; Van Niekerk et al., 2023). En comparación con los países de vías de desarrollo, han tenido siempre dificultades para contener el gasto público debido a la judicialización de la salud que obliga a cubrir préstamos, no previstos en un inicio, y la limitada capacidad de negociación con las empresas farmacéuticas (Gleißner et al., 2022; Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020).

Terminal de igualdad. Los países desarrollados han avanzado para garantizar que las diferencias económicas, no se vean reflejadas en la desigualdad de acceso a los servicios de salud. Por su parte, los países de desarrollo como lo son Ecuador y Colombia el gasto siguen siendo un obstáculo que genera exclusión a los gentiles más bajos de la población (población rural). En Ecuador, por ejemplo, el 40% del gasto total en salud proviene directamente de los hogares, afectando especialmente a quienes requieren atención especializada (Gleißner et al., 2022; López, 2023). En Colombia, aunque el gasto de bolsillo es menor (15%), persisten desigualdades regionales en acceso y calidad, especialmente en zonas rurales y en territorios con presencia de conflicto armado (Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020).

En cuanto a resultados sanitarios, los países desarrollados muestran indicadores más consistentes: esperanza de vida superior a los 80 años, mortalidad infantil por debajo de 5 por mil nacidos vivos y alta supervivencia frente a enfermedades crónicas (Riofrio & Chiliquinga, 2025; OECD., 2024; Van Niekerk et al., 2023). En cambio, Ecuador y Colombia, aunque han mejorado sus indicadores en las últimas dos décadas, aún presentan tasas de mortalidad materna e infantil más altas y menor control de enfermedades crónicas no transmisibles, debido a la limitada cobertura efectiva y a la desigual distribución de recursos humanos y tecnológicos (Gleißner et al., 2022; Mendes & Da Silva, 2020; López, 2023).

Para evaluar la resistencia de los sistemas de salud en crisis. La pandemia del COVID-19, evidencia importantes diferencias en la capacidad de respuesta. Los países desarrollados ampliaron la capacidad hospitalaria, implementaron, rastreos de casos, y llevaron a cabo campañas de vacunación, rápidas y efectivas, quise apoyar en sistemas de salud, consolidados y en presupuestos destinados para este tipo de contingencia (Van Niekerk et al., 2023). En cambio, en Ecuador y Colombia la respuesta fue limitada pues la disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intensivos, la falta del personal especializado y las restricciones en el presupuesto generó mayor presión sobre los

sistemas de seguro social y tradujo empeora resultados, incluyendo una alta tasa de mortalidad (Gleißner et al., 2022; Williams et al., 2021; Mendes & Da Silva, 2020).

En síntesis, aunque existe un objetivo común de cobertura universal, los países desarrollados cuentan con una estructura financiera e institucional más sólida que les permite sostener el acceso y la calidad en el tiempo. En los países emergentes, la sostenibilidad depende en gran medida de fortalecer la base tributaria, mejorar la eficiencia en el gasto, reducir el gasto de bolsillo y establecer mecanismos efectivos de control de costos, elementos que actualmente presentan debilidades estructurales que amenazan su viabilidad a largo plazo (Riofrio & Chiliquinga 2025., Gleißner et al., 2022, Williams et al., 2021; OECD., 2024; Van Niekerk et al., 2023; Mendes & Da Silva 2020; López, 2023).

**Tabla 1:**

*Comparación De Variables Clave En Sostenibilidad Financiera De Sistemas De Salud*

Variable	Reino Unido (Beveridge)	Alemania (Bismarck)	Canadá (Beveridge adaptado)	Ecuador (mixto, predominio público)	Colombia (mixto, contributivo y subsidiado)
<b>Financiamiento</b>	Impuestos generales (NHS)	Contribuciones sociales obligatorias	Impuestos generales con gestión provincial	Presupuesto público limitado + gasto privado	Contribuciones de trabajadores + subsidios estatales
<b>Cobertura</b>	Universal, gratuita en el punto de atención	Universal, vinculada al seguro social	Universal, acceso gratuito en servicios esenciales	Parcial; inequidades en acceso rural/urbano	Universal en teoría, desigual en la práctica
<b>Gasto en salud</b>	11.3 % (2022)	12.8 % (2022)	10.8 % (2022)	7.6 % (2022)	7.7 % (2022)

**(% PIB)**

<b>Gasto de bolsillo (% total)</b>	15 %	12 %	14 %	35–40 %	20–25 %
<b>Equidad</b>	Alta, aunque con presión de listas de espera	Alta, con buena distribución	Alta, con variaciones regionales	Media-baja, fuerte inequidad territorial	Media, con inequidades socioeconómicas
<b>Sostenibilidad</b>	Estable, presión por envejecimiento	Estable, reto de costos crecientes	Estable, afectado por provincialización	Frágil, dependencia de financiamiento externo	Moderada, presión fiscal y cobertura desigual
<b>Retos actuales</b>	Listas de espera y envejecimiento	Incremento de costos por tecnología y poblacional.	Coordinación interprovincial y costos de medicamentos	Fragmentación, baja inversión en prevención	Control de gasto, corrupción y desigualdades

**Fuente:** Elaboración propia.

### Implicaciones prácticas

En base a lo que hemos visto en este análisis comparativo de los sistemas de salud de los países desarrollados emergentes, se puede ver diversas implicaciones prácticas que pueden guiar la acción de los líderes en servicios de salud, a nivel gubernamental en base a la creación de proyectos de ley que integran políticas públicas. En primera instancia, la eficiencia de la gestión de los recursos se presenta como un elemento primordial para la sostenibilidad financiera. Los directores de hospitales y de unidades de atención primaria en salud, pueden implementar sistemas, y adoptar tecnologías que optimicen la asignación de personal y de recursos materiales, lo que va a reducir

desperdicios y mejorar la atención, si necesitar incrementos en el financiamiento (Espinal & Restrepo, 2022; OECD., 2024).

Como segundo punto, el fortalecimiento de la atención primaria en salud constituye la estrategia más práctica y fundamental. Los ministros de salud pueden reorganizar los servicios de salud y dar prioridad a la promoción y prevención de enfermedades crónicas y la educación en salud, lo que ayudará a disminuir la demanda en los niveles de atención de tercer nivel y mejorar la cobertura en la población (Espinal & Restrepo, 2022; Gleißner et al., 2022). El ejemplo de países desarrollados como Canadá y Reino Unido nos permite ver que una Red de atención primaria fuerte, ayuda a la eficiencia en los sistemas de salud y su capacidad de responder ante crisis económicas y epidemiológicas (OECD., 2024; Mohajer et al., 2025).

Estas lecciones tienen implicaciones prácticas evidentes. Los países en vías de desarrollo pueden diversificar sus fuentes de ingreso mediante la colocación de impuestos a productos, como el alcohol, y el cigarrillo que son nocivos para la salud, contribuciones obligatorias de empleadores y mecanismos de cofinanciamiento, fortaleciendo la base financiera de los sistemas de salud y reduciendo sus debilidades frente a variaciones económicas (Gleißner et al., 2022; Mendes & Da Silva, 2020). en adición, la creación de fondos que permitan realizar contingencias sanitarias en casos de crisis, como la bebida durante la pandemia del COVID-19, evitan que los ajustes presupuestarios afecten la prestación de servicios de salud regulares (OECD., 2024).

Además, se destacan estrategias que se orientan hacia la igualdad y la cobertura completa y efectiva de los servicios. Los gobiernos pueden promover la integración de la información y la gestión en distintos niveles del sistema, establecen indicadores que permitan identificar grupos poblacionales con poco o nulo acceso y conducir los recursos de manera más deficiente. Cómo complemento, los líderes de hospitales y aseguradoras, pueden implementar programas de educación y seguimiento de pacientes

crónicos y vulnerables, asegurando que la cobertura se expanda y sea traducción de mejoras reales en la salud de la población.

Estas estrategias en conjunto mostrarán que la sostenibilidad financiera no va a depender únicamente de la disponibilidad de los recursos, sino también de la capacidad de planificación, gestión y coordinación de todos los actores del sistema.

## **Conclusiones**

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud pública son un desafío para garantizar una gran cobertura de los servicios de salud y la igualdad al acceso a los mismos. Los análisis comparativos entre los países desarrollados, y los emergentes permiten ver que, si bien todos los sistemas comparten metas similares, su viabilidad para depender de factores de estructurales, como la base de financiamiento, la eficiencia de la gestión y la capacidad de responder a cambios demográficos y crisis.

Como conclusión, desde el punto de vista teórico, los modelos de los sistemas de salud de países desarrollados cuentan con diferentes fuentes de financiamiento que influyen en la equidad, la cobertura y la resistencia de los sistemas de salud. Los estudios indican que estos sistemas combinan ingresos estables, controlan gastos y ofrecen una atención primaria en salud fuerte, con mayor capacidad de adaptación frente a crisis epidemiológicas y económicas. En cambio, los sistemas de los países vías de desarrollo presentan barreras y limitaciones por la informalidad laboral, la fragmentación de las instituciones y la inequidad de la distribución de los recursos.

La sostenibilidad financiera requiere metas integrales para lograr su propósito: ampliar las fuentes de ingreso, mejorar el uso de recursos, fortalecer la tensión primaria en salud e instaurar, mecanismos fondos de contingencia ante crisis, de manera que la cobertura sea universal y no se vea amenazada ante variaciones económicas o aumentos de demanda en los servicios de salud. La instauración de estas estrategias permitirá que los países emergentes se acerquen a los niveles de sostenibilidad financiera de los países

desarrollados, garantizando el acceso igualitario y la protección económica para toda la población. Finalmente se confirma que la sostenibilidad financiera es un requisito indispensable para que los sistemas de salud cumplan su función social y que un enfoque comparativo aporta lecciones prácticas valiosas para el diseño de políticas más resilientes y equitativas.

## Referencias

- Benítez, N. (2024). Sostenibilidad financiera y suficiencia económica de los sistemas de Seguridad Social: una visión global. *Revista De Derecho De La Seguridad Social, Laborum, Extraordinaria* nº 7, 327-348. <https://revista.laborum.es/index.php/revsegsoc/article/view/1045>
- David Williams, O., Yung, KC., & Grépin, KA (2021). El fracaso de los servicios de salud privados: Crisis inducidas por la COVID-19 en los sistemas de salud de países de ingresos bajos y medios (PIBM). *Salud Pública Mundial, revista Global Public Health* 16 (8-9), 1320-1333. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1874470>
- Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., & Bloor, K. (2019) El impacto del seguro médico público en la utilización de la atención médica, la protección financiera y el estado de salud en países de ingresos bajos y medios: Una revisión sistemática. *Plos One* 14(8): e0219731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731>
- Espinal, J., & Restrepo, J. (2022). Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos. *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057>
- Gleißner, W., Günther, T., & Walkhäusl, C. (2022). Financial sustainability: measurement and empirical evidence. *Journal of Business Economics* 92, 467–516. <https://doi.org/10.1007/s11573-022-01081-0>
- Lopez, MJ. (2023). Salud pública en Ecuador como factor de desarrollo social: Una revisión bibliográfica. *Revista Gestar*, 6(12), 1-32. <http://www.journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/86/154>

Mendes Pereira, M., & Da Silva, A. (2020). O modelo de saúde pública no Reino Unido.

Revista científica Intraciencia, ISSN2177-3645.

[https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20200522115852.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115852.pdf)

Mohajer, A., Moni, S., Sweetman, B., Ahmed, R., Head, M., Gilberto, E., Ahmed, S., & Exadaktylos, A. (2025). Una comparación de los sistemas de financiación de la atención sanitaria del Reino Unido y Suiza para alcanzar objetivos de equidad y eficiencia. Swiss Medical Weekly, 151, w30101. [https://smw-ch.translate.goog/index.php/smw/article/view/4101/6171?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tle=es&x\\_tr\\_hl=es&x\\_tr\\_pto=wa](https://smw-ch.translate.goog/index.php/smw/article/view/4101/6171?x_tr_sl=en&x_tr_tle=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=wa)

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2024). Fiscal sustainability of health systems. OECD Publishing.

[https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems\\_880f3195-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems_880f3195-en.html)

Quizhpe Ordóñez, E., San Sebastian, M., Teran, E., & Pulkki, A. (2025). Did health reform improve financial protection for disadvantaged groups in Ecuador? Economic inequality assessment of catastrophic health expenditures 2006 - 2014..ABMJ Open, 15(7), e100522. <https://bmjopen.bmj.com/content/15/7/e100522>

Riofrio, G., & Chiliquinga, S. (2025). Modelos de financiamiento de la salud pública en América Latina y su sostenibilidad. Polo del Conocimiento, 10(5). <https://doi.org/10.23857/pc.v10i5.9549>

Sánchez, A., & Jaramillo, M. (2020). The impact of an extension of workers' health insurance on formal employment in Ecuador. World Development, 135, 105049. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X20304927>

Sánchez, S., García, J., Holguín, W., & Marcillo, A. (2020). Análisis de los componentes sostenibilidad económica del Sistema de Seguridad Social del Ecuador, para el ciclo 2000-2030. Revista Espacios, 41(17), 10. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n17/20411710.html>

Van Niekerk, L., Bautista, M., Msiska, B., Mier., J., Ongkeko Jr., A., & Manderson, L. (2023). Innovación social en salud: fortalecimiento de los sistemas comunitarios para la cobertura universal de salud en zonas rurales. BMC Public Health 23 , 55. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14451-8>

Walugembe, D., Sibbald, S., Le Ber, M., & Kothari, A. (2019). Sustainability of public health interventions: where are the gaps?. Health Res Policy Sys 17, 8. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0405-y>



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Tipán Jácome Gabriela Natalí con C.C: # 1724357171 autora del trabajo de titulación: "La sostenibilidad financiera de seguros de salud pública. Un estudio de los modelos entre países desarrollados y emergentes" previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de enero del 2026

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Tipán Jácome Gabriela Natalí

C.C: 1724357171



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>		
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN</b>		
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	La sostenibilidad financiera de seguros de salud pública. Un estudio de los modelos entre países desarrollados y emergentes	
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Tipán Jácome Gabriela Natalí	
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Diez Farhat Said Vicente	
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado	
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud	
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	10 de enero de 2026	<b>No. DE PÁGINAS:</b> 20
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Economía de la salud, Gestión y administración en salud, Salud pública, Política y planificación sanitaria, Finanzas públicas	
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Sistema de salud, seguro médico, modelo de financiamiento	
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras): El presente documento se organizará de la siguiente manera: introducción, Marco conceptual en donde se definieran los conceptos centrales del análisis, diferenciando, modelos, así como también los indicadores principales de la sostenibilidad financiera. Las secciones siguientes estudiarán en primera instancia, los casos de los países desarrollados y luego los países emergentes (en vías de desarrollo), resaltando las particularidades institucionales y las barreras específicas que enfrentan. Posteriormente, se desarrolla una discusión comparativa que identifica puntos de convergencia y divergencia entre ambos grupos de naciones, para finalmente derivar conclusiones y recomendaciones de política orientadas a fortalecer la sostenibilidad de los sistemas de salud en distintos contextos socioeconómicos.		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR(ES):</b>	<b>Teléfono:</b> +593 0998129664	E-mail: <a href="mailto:gabriela.tipan@cu.ucsg.edu.ec">gabriela.tipan@cu.ucsg.edu.ec</a> / <a href="mailto:gabtnj@hotmail.com">gabtnj@hotmail.com</a>
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> María de los Ángeles Núñez Lapo <b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec">maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec</a>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO</b> (en base a datos):		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL</b> (tesis en la web):		