

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

"FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO Y SU RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN EL ECUADOR (2015-2024)"

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

AUTORES: **BRITO BERNAL CARLOS FRANCISCO**

MERCHAN SARMIENTO MARCO MATIAS

DIRECTORA: FLORES FLORES MARIA ELIZA

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

"FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO Y SU RELACIÓN CON LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN EL ECUADOR (2015-2024)"

PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

AUTORES: **BRITO BERNAL CARLOS FRANCISCO**

MERCHAN SARMIENTO MARCO MATIAS

DIRECTORA: FLORES FLORES MARIA ELIZA

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

“Factores asociados a la demanda del seguro de salud privado y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud en el Ecuador (2015-2024)”

Brito Bernal Carlos Francisco

Merchan Sarmiento Marco Matias

Universidad Católica de Cuenca

Unidad de titulación

Flores Flores María Eliza

02 de noviembre de 2026

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Brito Bernal Carlos Francisco** portador de la cédula de ciudadanía N.º **0302095153**, y **Merchán Sarmiento Marco Matías** portador de la cédula de ciudadanía N.º **0107621302**. Declaramos ser los autores de la obra: **Factores asociados a la demanda del seguro de salud privado y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud en el Ecuador (2015-2024),** sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, noviembre de 2026



Brito Bernal Carlos Francisco



Merchán Sarmiento Marco Matías

CERTIFICACIÓN

Yo, Flores Flores María Eliza certifico que el artículo titulado **"Factores asociados a la demanda del seguro de salud privado y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud en el Ecuador (2015-2024)"** fue desarrollado por **Brito Bernal Carlos Francisco y Merchán Sarmiento Marco Matías**, ha sido guiado y revisado periódicamente y cumple normas estatutarias establecidas por la Universidad Católica de Cuenca.

Debido a que es una investigación particular con el propósito de cumplir un requisito previo a la obtención del **TÍTULO DE LICENCIADOS EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

Cuenca, noviembre de 2026

_____

Flores Flores Maria Eliza

Tutora

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

DEDICATORIA

Dedico este logro a todas aquellas personas que me acompañaron y apoyaron a lo largo de este camino y que hoy ya no están físicamente conmigo, pero permanecen siempre en mi corazón y en mis recuerdos. Este logro también es para ustedes, por todo lo que significaron en mi vida y por la huella imborrable que dejaron en mí.

Dedico este logro a mi familia que me apoyo en todas mis decisiones desde el día número 1, y al largo del camino me han acompañado en todas mis decisiones, a mi novia que siempre busca que salga adelante y a mis amigos que hicieron el camino más liviano.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de todo corazón a mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de este camino, especialmente a mis abuelas, abuelos y a mi papá, por su cariño, sus enseñanzas y por ser una parte fundamental de mi vida. Su apoyo y confianza han sido una motivación constante para alcanzar esta meta, que también representa una parte de todo lo que me han brindado.

Agradezco a mis Padres por el soporte a lo largo de mi vida como estudiante a mi hermano por siempre estar ahí siguiendo el buen ejemplo y corrigiendo el malo, a mis profesores por el espacio y su conocimiento.

RESUMEN

Esta investigación analiza los factores asociados a la demanda de seguros privados de salud y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud en Ecuador durante el período 2015-2024. El estudio adopta un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, longitudinal y de series temporales, con información secundaria nacional e internacional. La demanda se aproximó mediante las primas emitidas de medicina prepagada, mientras que la presión fiscal sanitaria, calculada como la relación entre el gasto público en salud y la recaudación tributaria neta, se empleó como indicador proxy de sostenibilidad financiera. Se aplicaron estadística descriptiva, la prueba de Shapiro-Wilk, la correlación de Spearman (ρ) y una regresión lineal simple con pruebas de diagnóstico. Las primas crecieron 82,7 % entre 2015 y 2024, al pasar de USD 420 a 767,2 millones. La variación del PIB per cápita mostró una asociación positiva y significativa con el crecimiento de las primas ($\rho = 0{,}950$; $p < 0{,}001$), al igual que el empleo adecuado ($\rho = 0{,}750$; $p = 0{,}020$); un ρ cercano a 1 indica una asociación fuerte y un $p < 0{,}05$, significancia estadística. En cambio, no se encontró una relación significativa entre el crecimiento de las primas y la presión fiscal sanitaria ($\beta = -0{,}540$; $p = 0{,}180$). Se concluye que la expansión del aseguramiento privado estuvo asociada principalmente con las condiciones económicas y laborales; sin embargo, con nueve observaciones interanuales, no se obtuvo evidencia estadística suficiente de que haya reducido la presión financiera del sistema público.

Palabras clave: Seguros privados de salud, medicina prepagada, demanda de seguros, sostenibilidad financiera, sistema de salud, Ecuador.

ABSTRACT

This study analyzes the factors associated with the demand for private health insurance and their relationship to the financial sustainability of Ecuador's public health system during the 2015–2024 period. The study adopts a quantitative approach, using a non-experimental, longitudinal, time-series design based on national and international secondary data. Demand was estimated using premiums written for prepaid health care, while the health care tax burden, calculated as the ratio of public health care spending to net tax revenue, was used as a proxy indicator of financial sustainability. Descriptive statistics, the Shapiro-Wilk test, Spearman's correlation (ρ), and simple linear regression with diagnostic tests were applied. Premiums grew by 82.7% between 2015 and 2024, rising from USD 420 million to 767.2 million. The change in GDP per capita showed a positive and significant association with premium growth ($\rho = 0.950$; $p < 0.001$), as did full employment ($\rho = 0.750$; $p = 0.020$); a ρ close to 1 indicates a strong association, and a $p < 0.05$ indicates statistical significance. In contrast, no significant relationship was found between premium growth and the healthcare tax burden ($\beta = -0.540$; $p = 0.180$). It is concluded that the expansion of private insurance was primarily associated with economic and labor conditions; however, with only nine year-over-year observations, insufficient statistical evidence was obtained to suggest that it reduced the financial burden on the public system.

Keywords: Private health insurance, prepaid health care, demand for insurance, financial sustainability, health care system, Ecuador

Introducción

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud constituye un desafío importante de la política pública a nivel mundial debido al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades crónicas, al crecimiento continuo del gasto sanitario y a los avances tecnológicos. De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), en América Latina estas presiones se agravan por las restricciones fiscales, los altos índices de desigualdad y las dificultades para garantizar una cobertura sanitaria efectiva. Como resultado, los seguros privados de salud han adquirido una creciente relevancia como mecanismos complementarios de financiamiento y de acceso a los servicios sanitarios (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2022).

En Ecuador, si bien el sistema nacional de salud se sustenta en el principio de acceso universal y gratuito, aún persisten limitaciones relacionadas con el financiamiento, el incremento de la demanda de servicios especializados y la capacidad operativa (OPS, 2024). Por ejemplo, en 2023 el gasto corriente en salud equivalió al 7,56 % del PIB, mientras que el gasto público alcanzó apenas el 4,68 %, lo que evidencia los desafíos existentes para la sostenibilidad financiera del sistema (Banco Mundial, 2025).

La expansión de los seguros privados puede disminuir parte de la demanda atendida por el sector público; no obstante, también puede favorecer la segmentación del sistema y generar diferencias en el acceso y la calidad de la atención entre grupos poblacionales (OECD, 2022; Folland et al., 2022). Sin embargo, en Ecuador existe limitada evidencia que examine conjuntamente ambas dimensiones durante el periodo 2015-2024.

Pese al creciente número de investigaciones sobre la demanda de seguros privados de salud y el financiamiento sanitario, persiste una brecha importante en la literatura. En efecto, los estudios

existentes se han enfocado principalmente en analizar los determinantes de la contratación de seguros privados o las barreras de sostenibilidad financiera de los sistemas públicos de manera independiente (Afryie et al., 2022). En consecuencia, son limitadas las investigaciones que examinan de forma conjunta ambos fenómenos y, en particular, no se identifican estudios recientes que analicen los factores asociados a la demanda del seguro privado de salud y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público en Ecuador durante el periodo descrito.

En este escenario, el objetivo de la investigación es analizar los factores asociados a la demanda de seguros privados de salud y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud en Ecuador durante el periodo 2015-2024. De esta manera, el estudio contribuye a la literatura en tres aspectos. En primer lugar, identifica los principales factores económicos y laborales asociados a dicha demanda. En segundo lugar, examina su relación con la presión fiscal sanitaria, empleada como indicador proxy de sostenibilidad financiera. Por último, aporta evidencia empírica exploratoria para un ámbito nacional que ha recibido escasa atención en la literatura latinoamericana sobre financiamiento sanitario.

Estado de Arte

Fundamentos teóricos de la demanda de salud

La demanda de seguros de salud surge de la necesidad que tienen las personas de protegerse ante los riesgos financieros derivados de enfermedades o eventos inesperados que afectan directamente su bienestar. En los sistemas sanitarios, la cobertura aseguradora es un mecanismo que facilita el acceso a los servicios médicos y contribuye a reducir la carga económica asociada a la atención en salud. Bajo esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) señala que el aseguramiento sanitario cumple un rol importante en la protección financiera de los hogares y en el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

Desde el punto de vista económico, la demanda de seguros privados de salud se asocia con factores socioeconómicos, institucionales y demográficos. En relación con este aspecto, Śliwiński y Borkowska (2024) indican que variables como la edad, el ingreso, el nivel educativo, la percepción sobre la eficiencia de los sistemas públicos y las condiciones de salud individuales influyen en la decisión de adquirir una cobertura privada. Además, los autores destacan que el envejecimiento de la población y las mayores necesidades médicas son factores esenciales para el crecimiento de este mercado.

Por otro lado, Kettlewell y Zhang (2024) mencionan que los subsidios, los incentivos financieros y los costos de la atención médica influyen de manera directa en la demanda de seguros de salud. De acuerdo con estos autores, las personas que perciben mayores riesgos financieros por problemas de salud o por un acceso limitado a los servicios públicos tienen mayor probabilidad de adquirir seguros privados. Por consiguiente, la contratación de seguros privados responde a un fenómeno multidimensional en el que intervienen simultáneamente factores económicos, sociales e institucionales.

Finalmente, la literatura coincide en que el aseguramiento sanitario favorece el uso de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y en que se asocia con un mejor acceso a la atención médica, menores barreras financieras y mejores resultados en salud, lo que demuestra su importancia dentro de la cobertura sanitaria (Buchmueller et al., 2024).

Factores asociados a la demanda de seguros privados de salud

Factores socioeconómicos

La revisión de la literatura muestra que el ingreso es la variable más asociada con la demanda de seguros privados. Es decir, los individuos con mayor poder adquisitivo presentan más

probabilidades de adquirir una cobertura privada debido a su mayor valoración de la calidad del servicio y a su capacidad de pago (Abd Khalim y Sukeri, 2023).

Asimismo, Coveney et al. (2023) enfatizan que las necesidades de atención médica representan un factor relevante en la búsqueda de aseguramiento, ya que las personas que utilizan con mayor frecuencia los servicios sanitarios tienden a optar por alternativas que les brinden un acceso más oportuno y económicamente viable. Como resultado, la exposición a riesgos sanitarios y el estado de salud incrementan la probabilidad de contratar seguros privados de salud.

Factores institucionales

Un factor relevante para adquirir seguros privados es la calidad percibida del sistema público de salud. Cuando este presenta deficiencias, como largos tiempos de espera, limitaciones de infraestructura o escasez de medicamentos, los individuos tienden a optar por alternativas privadas (Śliwiński y Borkowska, 2024).

En este contexto, la fragmentación institucional del sistema de salud también se relaciona con la configuración de la demanda de seguros privados. En América Latina, los sistemas sanitarios suelen integrarse por subsistemas público, privado y de seguridad social, lo que genera desigualdades. Al respecto, Bancalari et al. (2025) mencionan que esta fragmentación favorece la conformación de segmentos que diferencian a la población según su capacidad de acceso a los servicios de salud, lo que dificulta la coordinación entre subsistemas y reduce la eficiencia global del sistema.

Seguros privados y la sostenibilidad del sistema público

El incremento de la cobertura de seguros privados puede generar efectos relevantes sobre la sostenibilidad financiera del sistema público de salud, debido a que parte de la demanda de

servicios sanitarios se transfiere hacia prestadores privados, reduciendo la presión sobre la infraestructura y los recursos públicos (Abd Khalim & Sukeri, 2023).

No obstante, diversos estudios señalan que este crecimiento también puede generar efectos adversos sobre la equidad y la sostenibilidad del sistema sanitario. Cuando los grupos de mayores ingresos optan por coberturas privadas, puede reducirse la base de financiamiento solidario del sistema público, afectando su capacidad para garantizar servicios de salud oportunos y de calidad para toda la población (Bancalari et al., 2025).

De igual manera, la expansión de la cobertura privada puede influir en las desigualdades de acceso al fortalecer procesos de segmentación sanitaria, en los cuales la calidad y oportunidad de la atención dependen de la capacidad económica de los usuarios. En este sentido, investigaciones realizadas en América Latina evidencian que esta situación puede profundizar las brechas entre grupos socioeconómicos y limitar el acceso equitativo a los servicios de salud (Roberti et al., 2024).

Sistema de salud en Ecuador

El sistema de salud del país se caracteriza por una estructura institucional fragmentada, en la que intervienen el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el sector privado. Aunque la Constitución de 2008 reconoce la salud como un derecho, en la práctica persisten limitaciones de calidad, acceso y eficiencia de los servicios sanitarios (Cañarte et al., 2025). En particular, el principal problema estructural es el elevado gasto de bolsillo, que evidencia deficiencias en la cobertura y en la capacidad de respuesta del sistema público, lo que incentiva el uso de servicios privados. La Figura 1 presenta la estructura del sistema sanitario ecuatoriano.

Figura 1

Estructura del sistema de salud ecuatoriano

SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Constitución de la República del Ecuador, arts. 359-362)				
RECTORÍA: Ministerio de Salud Pública (MSP)				
RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) Conjunto articulado de instituciones públicas que garantizan el derecho a la salud mediante servicios integrales, universales y gratuitos en el punto de uso.				
MSP Establecimientos y servicios de la red pública	**IESS** Seguro General de Salud Individual y Familiar	**ISSFA** Atención a las Fuerzas Armadas y sus dependientes	**ISSPOL** Atención a la Policía Nacional y sus dependientes	**Otros prestadores públicos** GAD municipales, SOLCA, universidades públicas
RED PRIVADA COMPLEMENTARIA (RPC) Prestadores privados con y sin fines de lucro que complementan la atención mediante derivaciones, convenios o contratación de servicios con la RPIS.				
Con fines de lucro Clínicas, hospitales, centros médicos y laboratorios	**Sin fines de lucro** Organizaciones religiosas, fundaciones y ONG de salud	**Relación con la RPIS** Derivaciones, convenios, referencia y contrarreferencia		
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD				
Recursos públicos Impuestos generales, contribuciones y asignaciones presupuestarias	**Seguridad social** Aportes de empleadores, trabajadores y Estado	**Seguros privados** Seguros de salud y medicina prepagada	**Pagos directos de los hogares** Gasto de bolsillo en consultas, medicamentos y exámenes	
Marco normativo: Constitución de la República (arts. 359-362); Ley Orgánica de Salud; Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento entre la RPIS y la RPC; políticas, planes y normas técnicas vigentes.				

Fuente: Artículos 359-362 de la Constitución de la República del Ecuador y en la Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para la Prestación de Servicios de Salud entre instituciones de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria. **Elaborado por:** Los autores

A su vez, esta estructura genera una segmentación en el acceso, en la que cada grupo de personas recibe formas de atención y niveles de calidad diferentes. Este tipo de sistemas fragmentados produce desigualdades en los resultados sanitarios e inequidades en salud como consecuencia de la falta de integración institucional (Bancalari et al., 2025).

Adicionalmente, el financiamiento del sistema de salud ecuatoriano constituye uno de los principales desafíos para garantizar su sostenibilidad. Según las Cuentas Satélite de Salud del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2025), el gasto nacional en salud correspondió

al 6,8 % del PIB en 2024, con una participación significativa del sector privado. En particular, el gasto de bolsillo, entendido como los pagos directos que realizan los hogares para acceder a servicios de salud, ha mostrado una tendencia creciente en los últimos años, lo que refleja las presiones económicas que enfrentan los usuarios del sistema.

Tabla 1

Gasto bolsillo en el Ecuador

Año	% del gasto bolsillo en salud
2022	32.3%
2023	33.1%
2024	33.4%

Fuente: INEC (2025). **Elaborado por:** Los autores

Por su parte, el Banco Mundial (2025) reporta que el gasto de bolsillo representó el 30,9 % del gasto total en salud en 2023. Este nivel supone una carga económica considerable para los hogares y evidencia limitaciones en los mecanismos de protección financiera, así como obstáculos para acceder a una atención oportuna y de calidad.

Metodología

Enfoque de la investigación

El estudio se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recolección y el análisis de datos numéricos para probar hipótesis y relacionar variables (Hernández-Sampieri, 2023). Este enfoque permite analizar la demanda de seguros privados de salud y su relación con la sostenibilidad del sistema público mediante técnicas estadísticas, desde una perspectiva de gestión y toma de decisiones en el ámbito empresarial.

Tipo de investigación

La investigación tiene un alcance descriptivo-correlacional de carácter exploratorio. Es descriptiva porque examina la evolución anual de la demanda de seguros privados de salud, de los

indicadores de financiamiento sanitario y de las variables económicas entre 2015 y 2024. A su vez, es correlacional porque estima la magnitud y la dirección de la asociación entre la demanda de seguros privados, sus posibles factores económicos y la presión fiscal sanitaria. Debido al diseño no experimental, al uso de datos agregados a escala nacional y al reducido número de observaciones, los resultados de las pruebas de correlación y regresión se interpretan como asociaciones estadísticas exploratorias y no como evidencia de relaciones causales.

Diseño de investigación

La investigación se desarrolla bajo un diseño no experimental, longitudinal y de series temporales, por cuanto analiza datos agregados anuales del Ecuador sin alterar de forma intencional las variables. La dimensión longitudinal permite que se pueda examinar los cambios registrados durante diez años continuos, correspondientes al periodo 2015-2024.

Población, unidad de análisis y muestra

La unidad de análisis fue cada observación anual de los indicadores laborales, económicos, fiscales y sanitarios del país durante el periodo de estudio. Dado que se trabajó con información secundaria agregada a escala nacional, no se aplicó un muestreo probabilístico, sino que se incorporaron todos los años con información comparable. Las series originales contienen diez observaciones (2015-2024); sin embargo, los análisis basados en variaciones interanuales utilizan nueve (2016-2024), porque el cálculo de la primera variación requiere el año 2015 como base. Esta cantidad constituye la principal limitación del estudio: con n = 9, el modelo de regresión dispone de solo siete grados de libertad, la potencia estadística es baja y únicamente asociaciones de gran magnitud alcanzan significación (un coeficiente de correlación necesita un valor absoluto cercano a 0,67 para ser significativo al 5 %). Además, las pruebas de supuestos pierden capacidad para detectar desviaciones y los resultados son sensibles a años atípicos como 2020. Por ello, los

hallazgos se interpretan como asociaciones exploratorias y no como estimaciones causales ni predictivas.

Fuentes de información

La investigación se fundamenta en el uso de fuentes de información secundaria como el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Variables de estudio

La investigación se desarrolló en dos niveles de análisis. En el primero, la variable dependiente fue la demanda de seguros privados de salud, medida mediante las primas emitidas de medicina prepagada, y como factores asociados se consideraron el PIB per cápita, el empleo formal, el empleo adecuado, el gasto público en salud y el gasto de bolsillo. En el segundo, la demanda de seguros privados actuó como variable explicativa y la presión fiscal sanitaria, calculada como la relación entre el gasto público en salud y la recaudación tributaria neta, como variable de resultado. Por último, el gasto privado en salud se incorporó como variable complementaria para describir la estructura del financiamiento sanitario.

Tabla 2

Operacionalización de las variables

Variable	Función en el análisis	Definición conceptual	Indicador	Unidad de medida	Periodicidad
Demanda de seguros privados de salud	Dependiente en el análisis de factores asociados e independiente en el análisis de presión fiscal	Comportamiento económico de la contratación de coberturas privadas de salud	Primas emitidas de medicina prepagada	Millones de USD	Anual
Ingreso per cápita	Independiente	Valor promedio de la producción	PIB per cápita	USD por habitante	Anual

		económica generada por habitante			
Empleo adecuado	Independiente	Participación de personas con empleo que cumplen las condiciones establecidas de ingreso y jornada laboral	Tasa de empleo adecuado	Porcentaje	Anual
Empleo formal	Independiente	Participación de trabajadores que desarrollan sus actividades dentro del sector formal de la economía	Tasa de empleo formal	Porcentaje	Anual
Gasto público en salud	Variable contextual y componente del indicador de presión fiscal	Recursos públicos destinados al financiamiento de bienes y servicios sanitarios	Gasto público en salud	Millones de USD y porcentaje del gasto total en salud	Anual
Gasto privado en salud	Variable complementaria	Recursos provenientes de fuentes privadas destinados al financiamiento de bienes y servicios sanitarios	Participación del gasto privado en salud	Porcentaje del gasto total en salud	Anual
Gasto de bolsillo en salud	Variable complementaria de protección financiera	Pagos directos efectuados por los hogares para acceder a bienes y servicios sanitarios	Gasto de bolsillo respecto del gasto total en salud	Porcentaje	Anual
Recaudación tributaria neta	Componente del indicador de presión fiscal	Recursos tributarios netos recaudados por el Estado durante cada año	Recaudación tributaria neta anual	Millones de USD	Anual
Presión fiscal sanitaria	Dependiente en el análisis de la relación con los seguros privados y proxy de sostenibilidad financiera	Peso relativo que representa el gasto público sanitario frente a la capacidad general de recaudación tributaria del Estado	Relación entre gasto público en salud y recaudación tributaria neta	Porcentaje	Anual

Elaborado por: Los autores

La sostenibilidad financiera del sistema público de salud constituye un fenómeno multidimensional relacionado con la capacidad de mantener los recursos necesarios para garantizar

la prestación de servicios sanitarios a través del tiempo. Por esta razón, la relación entre gasto público en salud y recaudación tributaria neta no se considera una medición integral de sostenibilidad, sino un indicador proxy de presión fiscal sanitaria. El análisis también consideró la situación financiera del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS. La valuación actuarial oficial, con fecha de corte al 31 de diciembre de 2020, señaló que el Estado mantenía obligaciones pendientes por la atención de jubilados y enfermedades catastróficas y que la falta de un plan efectivo de pagos impedía una adecuada capitalización de las reservas e incrementaba el déficit actuarial del seguro.

El estudio actuarial registró USD 489,0 millones administrados por el BIESS como reserva inicial en su escenario base (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2021) y planteó, además, un escenario pesimista con reserva inicial igual a cero, bajo el supuesto de que esos recursos estuvieran comprometidos para cubrir cuentas pendientes. Por lo tanto, más que un agotamiento efectivo de las reservas, el estudio advierte un riesgo de insuficiencia financiera bajo determinados supuestos actuariales.

Técnicas e instrumentos de análisis

En una primera etapa se aplicó estadística descriptiva para presentar la evolución de las variables mediante tablas, porcentajes y variaciones anuales. Posteriormente, se verificó la normalidad de las series de variaciones con la prueba de Shapiro-Wilk, adecuada para muestras menores de 50 observaciones, y, en función de sus resultados, se seleccionó un único coeficiente de correlación: el de Spearman (ρ), que no exige normalidad y es menos sensible a valores atípicos (véase la justificación en la Tabla 9). El coeficiente varía entre -1 y 1; su signo indica la dirección de la asociación y su valor absoluto, la magnitud: 0,00-0,19 muy débil; 0,20-0,39 débil; 0,40-0,59 moderada; 0,60-0,79 fuerte; y 0,80-1,00 muy fuerte. El valor p indica si la asociación es

estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Por ejemplo, $\rho = 0,750$ y $p = 0,020$ expresan una asociación positiva, fuerte y significativa.

Para examinar la relación entre la demanda de seguros privados y la presión fiscal sanitaria se estimó un modelo de regresión lineal simple. La variable dependiente fue la variación anual, expresada en puntos porcentuales, del indicador de presión fiscal sanitaria; mientras que la variable independiente fue la variación porcentual anual de las primas emitidas de medicina prepagada. El modelo se expresó de la siguiente manera:

$$PFSt = \beta 0 + \beta 1 VPt + \varepsilon t$$

$PFSt$ = Representa la variación anual del indicador de presión fiscal sanitaria;

VPt= Corresponde a la variación porcentual anual de las primas emitidas;

$\beta 0$= Representa la constante del modelo;

$\beta 1$= Expresa el cambio estimado de la presión fiscal relacionado con el crecimiento de las primas

εt = Corresponde al término de error.

Se utilizaron las variaciones anuales de las variables monetarias y las diferencias en puntos porcentuales de las tasas, con un nivel de significación de $\alpha = 0,05$. Antes de interpretar el modelo se verificaron sus supuestos: linealidad entre la variable independiente (X) y la dependiente (Y), mediante la prueba RESET de Ramsey; independencia de los errores, mediante el estadístico de Durbin-Watson (valores cercanos a 2 indican ausencia de autocorrelación) y la prueba de Breusch-Godfrey; homocedasticidad, mediante la prueba de Breusch-Pagan; y normalidad de los residuos, mediante la prueba de Shapiro-Wilk. La bondad de ajuste se evaluó con el R^2, el R^2 ajustado, el error estándar de la estimación y la prueba F del ANOVA. Los datos se organizaron en Microsoft Excel y se procesaron en IBM SPSS Statistics; las pruebas RESET y de Breusch-Godfrey, que no

forman parte de los procedimientos estándar de SPSS, se calcularon con la librería statsmodels de Python.

Resultados

Evolución de la demanda de seguros privados de salud en Ecuador

La demanda de seguros privados de salud en Ecuador mostró una tendencia creciente durante el periodo de estudio. Las primas emitidas de medicina prepagada pasaron de USD 420 millones en 2015 a USD 767,2 millones en 2024, lo que representa un crecimiento acumulado del 82,7 % y sugiere un mayor uso de mecanismos complementarios de protección financiera por parte de los hogares. Esta evolución presenta dos etapas. Entre 2015 y 2019 las primas crecieron de forma progresiva, de USD 420 a 525 millones; luego, en 2020, se registró una ligera contracción asociada a los efectos económicos de la pandemia por COVID-19. A partir de 2021, el sector retomó un crecimiento sostenido y alcanzó su valor más alto en 2024. La Tabla 3 sintetiza este comportamiento.

Tabla 3

Primas emitidas de medicina prepagada en Ecuador, 2015-2024

Año	Primas emitidas (USD millones)
2015	420,0
2016	432,0
2017	455,0
2018	495,0
2019	525,0
2020	520,0
2021	570,0
2022	640,0
2023	718,8
2024	767,2

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (2025). **Elaborado por:** Los autores

Evolución del ingreso per cápita

El ingreso per cápita es un indicador asociado a la capacidad de pago de los hogares; por ello, su evolución ayuda a comprender las condiciones económicas en las que se desarrolló la demanda de seguros privados de salud durante el periodo analizado.

Tabla 4

PIB per cápita en Ecuador 2015 -2024

Año	PIB per cápita (USD)
2015	6.095
2016	5.710
2017	5.850
2018	6.103
2019	6.198
2020	4.860
2021	5.025
2022	5.655
2023	6.100
2024	6.300

Fuente: Banco Central del Ecuador (2025), Banco Mundial (2025) y Fondo Monetario Internacional (2025).
Elaborado por: Los autores

El PIB per cápita experimentó fluctuaciones considerables durante el periodo. Entre 2015 y 2019 mostró una evolución relativamente estable y alcanzó USD 6.198 en 2019. En 2020, en cambio, cayó hasta USD 4.860 como consecuencia de la crisis económica y sanitaria derivada de la pandemia. A partir de 2021 se produjo una recuperación gradual hasta USD 6.300 en 2024, lo que refleja una mejora progresiva de las condiciones económicas de la población.

Comportamiento del empleo adecuado y formal en Ecuador

Las condiciones laborales constituyen un indicador relevante por su vínculo con la estabilidad de los ingresos y con la capacidad de acceso a productos financieros y servicios de salud. La Tabla 5 muestra su evolución entre 2015 y 2024.

Tabla 5

Comportamiento del empleo adecuado y formal en Ecuador 2015-2024

Año	Empleo adecuado (%)	Empleo formal (%)
2015	46,5	39,7
2016	41,2	38,6
2017	42,3	39,2
2018	40,6	40,6
2019	38,8	38,8
2020	30,4	36,2
2021	33,9	39,5
2022	34,4	41,1
2023	35,9	42,3
2024	33,0	38,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2025). **Elaborado por:** Los autores

Los resultados muestran que el empleo adecuado presentó una tendencia decreciente, al pasar de 46,5 % en 2015 a 33,0 % en 2024. La disminución más pronunciada se registró en 2020, cuando el indicador descendió a 30,4 % por efecto de la contracción económica asociada a la pandemia. Aunque posteriormente hubo una recuperación parcial, el empleo adecuado no volvió a los niveles previos a 2020.

Por otro lado, el empleo formal mostró un comportamiento más estable: entre 2015 y 2024 fluctuó entre 36,2 % y 42,3 %, con su nivel más alto en 2023. Pese a la disminución observada en 2024, se mantuvo cerca de los niveles previos a la pandemia, lo que evidencia una recuperación superior a la del empleo adecuado.

Evolución del financiamiento sanitario en Ecuador

La sostenibilidad financiera del sistema de salud depende, en buena medida, de la participación de los sectores público y privado en su financiamiento. Por ello, la Tabla 6 presenta la evolución del gasto público, del gasto privado en salud y del gasto de bolsillo durante el periodo 2015-2024, lo que permite identificar el peso de cada componente.

Tabla 6

Evolución del financiamiento sanitario en Ecuador 2015-2024

Año	Gasto público en salud (%)	Gasto privado en salud (%)	Gasto bolsillo (%)
2015	57,9	42,1	36,2
2016	61,1	38,9	33,0
2017	61,6	38,4	32,8
2018	63,8	36,2	30,6
2019	62,9	37,1	31,2
2020	61,3	38,7	32,0
2021	63,5	36,5	31,2
2022	62,8	37,2	32,3
2023	62,4	37,6	33,1
2024	61,8	38,2	33,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2025) **Elaborado por:** Los autores

Los resultados evidencian que el gasto público en salud mantuvo una participación predominante, entre el 57,9 % y el 63,8 % del financiamiento total del sistema sanitario. El nivel más alto se registró en 2018 (63,8 %) y el más bajo en 2015 (57,9 %). En consecuencia, el Estado continúa siendo el principal financiador del sistema de salud ecuatoriano.

Por su parte, el gasto privado en salud mantuvo una participación significativa, entre 36,2 % y 42,1 %. Si bien se redujo entre 2015 y 2018, posteriormente se recuperó de forma gradual hasta el 38,2 % en 2024, lo que confirma que el sector privado continúa desempeñando un papel relevante en el financiamiento sanitario.

En cuanto al gasto de bolsillo, este indicador permaneció por encima del 30 % durante todo el periodo. Aunque entre 2015 y 2018 disminuyó de 36,2 % a 30,6 %, después mostró una tendencia creciente hasta 33,4 % en 2024. Esto indica que una proporción importante de los costos sanitarios sigue siendo asumida directamente por los hogares.

Relación entre la demanda de seguros privados y la presión fiscal sanitaria

Con el fin de examinar la relación entre la demanda de seguros privados y la presión fiscal sanitaria, primero se analizó la evolución conjunta de las primas emitidas y del indicador de presión fiscal durante 2015-2024 (Tabla 7) y, posteriormente, se estimó un modelo de regresión lineal simple para establecer si el crecimiento del aseguramiento privado estuvo asociado con cambios significativos en dicha presión.

Tabla 7

Demanda de seguros privados y presión fiscal sanitaria en Ecuador, 2015-2024

Año	Primas emitidas (millones de USD)	Gasto público en salud (millones de USD)	Recaudación tributaria neta (millones de USD)	Indicador de presión fiscal sanitaria (%)
2015	420,0	4.817	13.693,1	35,2
2016	432,0	5.121	11.309,3	45,3
2017	455,0	5.662	12.275,9	46,1
2018	495,0	5.730	12.805,4	44,7
2019	525,0	5.488	13.180,9	41,6
2020	520,0	5.196	11.526,9	45,1
2021	570,0	5.901	12.794,6	46,1
2022	640,0	5.914	14.635,2	40,4
2023	718,8	6.242	14.390,0	43,4
2024	767,2	6.241	15.817,9	39,5

Fuente: Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (2025), Cuentas Satélite de Salud (2007-2024), Instituto Nacional de Estadística y Censos (2025), Estadísticas Generales de Recaudación del Servicio de Rentas Internas (SRI, 2015-2024). **Elaborado por**: Los autores

Las primas emitidas de medicina prepagada se incrementaron de USD 420 millones en 2015 a USD 767,2 millones en 2024, con un crecimiento acumulado del 82,7 %. En el mismo periodo, el gasto público en salud aumentó de USD 4.817 millones a USD 6.241 millones (29,6 %), mientras que la recaudación tributaria neta pasó de USD 13.693,1 millones a USD 15.817,9 millones (15,5 %).

Por consiguiente, el gasto público en salud creció en mayor proporción que la recaudación tributaria (29,6 % frente a 15,5 %). Esta diferencia indica que las necesidades de financiamiento del sistema público de salud aumentaron a un ritmo superior al de la capacidad recaudatoria del Estado durante el periodo analizado.

En 2015, el gasto público en salud equivalió al 35,2 % de la recaudación tributaria neta. Este indicador aumentó hasta el 46,1 % en 2017, descendió a 41,6 % en 2019 y volvió a alcanzar el 46,1 % en 2021. Estos niveles reflejan una mayor presión relativa del gasto sanitario sobre los recursos tributarios, especialmente en los años en que la recaudación disminuyó o creció a un ritmo inferior al del gasto público.

Entre 2022 y 2024, el indicador se redujo del 40,4 % al 39,5 %, en coincidencia con el crecimiento de la recaudación tributaria, que alcanzó USD 15.817,9 millones en 2024. Sin embargo, se mantuvo 4,3 puntos porcentuales por encima del nivel de 2015, lo que muestra que la presión relativa del gasto público en salud conservó su importancia a lo largo del periodo.

Al comparar estos resultados con la evolución del aseguramiento privado, se observa que, pese al crecimiento del 82,7 % de las primas de medicina prepagada, el gasto público en salud también aumentó un 29,6 %. Es decir, la expansión de los seguros privados coexistió con un esfuerzo financiero estatal creciente.

El análisis de regresión (Tabla 8) no muestra una asociación estadísticamente significativa entre el crecimiento anual de las primas y la variación de la presión fiscal sanitaria ($\beta = -0{,}540$; $p = 0{,}180$). Este hallazgo es relevante porque la expansión de las primas coexistió con el incremento del gasto público en salud y con un gasto de bolsillo superior al 30 %; no obstante, no permite establecer relaciones causales entre las variables.

Finalmente, la sostenibilidad financiera del sistema público continúa dependiendo de la capacidad fiscal del Estado, de la eficiencia en la asignación de recursos y del equilibrio de los subsistemas de la Red Pública Integral de Salud, en particular del fondo de salud del IESS, cuya situación debería analizarse en futuros estudios con series completas de ingresos, egresos, reservas y obligaciones estatales.

Tabla 8

Resumen del modelo de regresión lineal y pruebas de diagnóstico

Indicador	Resultado	Criterio y decisión
Constante (β_0)	4,257 ($p = 0{,}191$)	—
Coeficiente de la variación de las primas (β_1)	−0,540	—
Error estándar de β_1 / estadístico t	0,363 / −1,489	—
Valor p de β_1	0,180	$p > 0{,}05$: no significativo
R / R^2 / R^2 ajustado	0,490 / 0,240 / 0,132	Ajuste bajo
Error estándar de la estimación	4,445	—

Indicador	Resultado	Criterio y decisión
ANOVA: F (gl = 1; 7) y valor p	2,216; p = 0,180	Modelo no significativo
Linealidad: prueba RESET de Ramsey	F = 0,183; p = 0,684	Se cumple
Independencia: Durbin-Watson	2,124	≈ 2: sin autocorrelación
Independencia: Breusch-Godfrey (1 rezago)	LM = 1,198; p = 0,274	Se cumple
Homocedasticidad: Breusch-Pagan	χ^2 = 0,032; p = 0,858	Se cumple
Normalidad de residuos: Shapiro-Wilk	W = 0,905; p = 0,284	Se cumple
Número de observaciones	9	—

Nota. ΔPFS = variación anual del indicador de presión fiscal sanitaria (puntos porcentuales); VP = variación porcentual anual de las primas emitidas. Ecuación estimada: ΔPFS = 4,257 − 0,540 (VP). En las pruebas de supuestos, p > 0,05 indica que no se rechaza la hipótesis nula de cumplimiento del supuesto. **Elaborado por:** Los autores.

El coeficiente de la variación de las primas fue negativo (β = −0,540), pero no estadísticamente significativo (p = 0,180). Las pruebas de diagnóstico no evidenciaron incumplimiento de los supuestos: no se detectaron problemas de especificación lineal (RESET, p = 0,684), autocorrelación (Durbin-Watson = 2,124; Breusch-Godfrey, p = 0,274) ni heterocedasticidad (Breusch-Pagan, p = 0,858), y los residuos se ajustaron a una distribución normal (p = 0,284). Sin embargo, la bondad de ajuste fue baja: el modelo explicó el 24 % de la variación de la presión fiscal sanitaria (R^2 ajustado = 0,132) y no resultó globalmente significativo (F = 2,216; p = 0,180). Por tanto, aunque se cumplen los supuestos, el modelo no es adecuado como herramienta explicativa ni predictiva. Con estos datos no existe evidencia estadística suficiente para afirmar una asociación significativa entre el crecimiento de los seguros privados y la presión fiscal sanitaria; esto no demuestra que el aseguramiento privado carezca de efecto como mecanismo de alivio, sino que dicho efecto no pudo identificarse con nueve observaciones agregadas.

Análisis correlacional de los factores asociados con la demanda

Para examinar los factores asociados con la demanda de seguros privados, primero se verificó la normalidad de las series mediante la prueba de Shapiro-Wilk (Tabla 9) y, con base en sus resultados, se calculó el coeficiente de Spearman entre la variación porcentual anual de las primas y las variaciones anuales de los indicadores económicos, laborales y sanitarios (Tabla 10).

Tabla 9

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk de las variaciones anuales, 2016-2024

Serie (variación anual)	Estadístico W	Valor p	Decisión (α = 0,05)
Primas emitidas de medicina prepagada	0,954	0,733	Normal
PIB per cápita	0,835	0,051	Normal, en el límite
Empleo adecuado	0,959	0,792	Normal
Empleo formal	0,959	0,784	Normal
Gasto de bolsillo	0,852	0,078	Normal, cercano al límite
Gasto público en salud	0,953	0,725	Normal
Presión fiscal sanitaria	0,948	0,665	Normal

Elaborado por: Los autores

Tabla 10

Correlación entre la variación de las primas emitidas y los factores económicos y sanitarios

Variable relacionada con las primas	ρ de Spearman	Valor p	Interpretación
Variación del PIB per cápita	0,950	< 0,001	Positiva, muy fuerte y significativa
Variación del empleo adecuado	0,750	0,020	Positiva, fuerte y significativa
Variación del empleo formal	0,667	0,050	Positiva, fuerte y en el límite de significación
Variación del gasto de bolsillo	0,367	0,332	Positiva, débil y no significativa
Variación del gasto público en salud	0,267	0,488	Positiva, débil y no significativa

Fuente: variaciones anuales (2016-2024). Magnitud según el valor absoluto de ρ: 0,00-0,19 muy débil; 0,20-0,39 débil; 0,40-0,59 moderada; 0,60-0,79 fuerte; 0,80-1,00 muy fuerte. **Elaborado por:** Los autores

Los resultados muestran que la variación del PIB per cápita presentó una asociación positiva, muy fuerte y estadísticamente significativa con la variación de las primas emitidas (ρ = 0,950; p < 0,001). De manera similar, el empleo adecuado mostró una relación positiva, fuerte y

significativa ($\rho = 0{,}750$; $p = 0{,}020$). En otras palabras, los años con mejores resultados económicos y laborales tendieron a coincidir con mayores incrementos de las primas de medicina prepagada.

El empleo formal presentó una asociación positiva y fuerte, aunque en el límite de la significación estadística ($\rho = 0{,}667$; $p = 0{,}050$). Por su parte, las variaciones del gasto de bolsillo y del gasto público mostraron asociaciones débiles y no significativas. Dado el reducido número de observaciones, estos resultados deben interpretarse como evidencia exploratoria de asociación y no como relaciones causales.

CONCLUSIONES

La investigación permitió establecer que la demanda de seguros privados de salud en Ecuador, aproximada mediante las primas de medicina prepagada, presentó una tendencia creciente durante el periodo 2015-2024: las primas pasaron de USD 420 millones en 2015 a USD 767,2 millones en 2024, con un crecimiento acumulado del 82,7 %. Este comportamiento refleja una expansión económica del mercado de medicina prepagada; no obstante, al tratarse de un indicador monetario, no debe interpretarse como un aumento equivalente en el número de personas aseguradas.

En relación con los factores asociados a la demanda, la variación del PIB per cápita mostró una asociación positiva y estadísticamente significativa con el crecimiento de las primas ($\rho = 0{,}950$; $p < 0{,}001$), al igual que el empleo adecuado ($\rho = 0{,}750$; $p = 0{,}020$), mientras que el empleo formal se ubicó en el límite de significación ($\rho = 0{,}667$; $p = 0{,}050$). Estos hallazgos indican que las condiciones económicas y laborales, particularmente las vinculadas con la capacidad de pago de los hogares, se encuentran asociadas con el comportamiento de la demanda de aseguramiento privado.

Con respecto al financiamiento sanitario, el gasto de bolsillo se mantuvo por encima del 30 % durante todo el periodo y alcanzó el 33,4 % en 2024. Esta tendencia, junto con el crecimiento de las primas, muestra que la expansión del mercado privado no estuvo acompañada por una disminución general de los pagos directos de los hogares; por lo tanto, persisten desafíos en materia de protección financiera y de acceso equitativo a los servicios de salud.

Por último, el modelo de regresión presentó un coeficiente negativo entre el crecimiento anual de las primas y la variación de la presión fiscal sanitaria ($\beta = -0{,}540$), pero sin significación estadística ($p = 0{,}180$) y con baja capacidad explicativa (R^2 ajustado = 0,132). En consecuencia, con los datos y el modelo utilizados no se encontró evidencia estadística suficiente de una reducción significativa de la presión fiscal asociada al crecimiento de las primas, lo cual no equivale a demostrar que el aseguramiento privado carezca de efecto como mecanismo de alivio. Asimismo, la persistencia de un gasto de bolsillo superior al 30 %, los desequilibrios del fondo de salud del IESS y las necesidades de financiamiento estatal sugieren que la sostenibilidad del sistema continúa dependiendo principalmente de la capacidad fiscal del Estado y del equilibrio financiero de la seguridad social. Estas conclusiones deben valorarse a la luz de la principal limitación del estudio: nueve observaciones interanuales agregadas, que reducen la potencia estadística y la posibilidad de generalizar los resultados.

RECOMENDACIONES

En respuesta a los resultados obtenidos, se recomienda el fortalecimiento del sistema público de salud por medio de políticas que permitan garantizar una asignación sostenible y eficiente de recursos. Esto mejorará la capacidad de respuesta de las instituciones sanitarias frente al crecimiento de la demanda de servicios y de las necesidades de atención de la población del país.

Asimismo, es importante impulsar acciones que se orienten a mejorar la oportunidad, eficiencia y calidad de los servicios públicos de salud, particularmente en aspectos que se relacionan con el equipamiento médico, infraestructura, abastecimiento de medicamentos y atención especializada. El fortalecimiento de estos componentes permitirá que se minimicen las limitaciones percibidas por los usuarios y mejore la condición de acceso a los servicios sanitarios.

De igual manera, se recomienda promover mecanismos de coordinación entre los sectores público y privado de salud, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles y ampliar las alternativas de atención para la población. Una mejor articulación entre ambos sectores contribuiría al fortalecimiento general del sistema sanitario y a la mejora de su eficiencia operativa.

A la par, es conveniente desarrollar estrategias que se orienten a disminuir el gasto de bolsillo de los hogares, fortaleciendo los mecanismos de protección financiera y garantizando que el acceso a los servicios de salud sea equitativo y de calidad. La reducción de esta carga económica representa un factor clave para mejorar el bienestar de la población y avanzar hacia un mejor nivel de cobertura sanitaria.

Finalmente, se recomienda que futuros estudios profundicen el análisis de la demanda de seguros privados de salud en Ecuador mediante series más extensas o de mayor frecuencia, modelos multivariados y microdatos de hogares, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre los factores asociados al crecimiento del aseguramiento privado y su relación con la sostenibilidad financiera del sistema público de salud.

REFERENCIAS

Abd Khalim, M., y Sukeri, S. (2023). Uptake and determinants of private health insurance enrollment. *PLOS ONE, 18*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278404

Afryie, D., Krasniq, B., Hooley, B., Tediosi, F., y Fink, G. (2022). Equidad en la inscripción a planes de seguro de salud en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Revista Internacional de Equidad en Salud*, *21*(1), 21. https://doi: 10.1186/s12939-021-01608-x.

Anjos, E., Oliveira, S., Mendoza-Ruiz, A., Flores-Quispe, M., Mendes, A., Kendall, C., . . . Barreto, M. (2026). Public-private mix in health systems and repercussions for health inequalities in Latin America: A scoping review protocol. *PLOS ONE, 21*(2), e0305434. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305437

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the wealfare economis of medical care. *53*(5), 941-973.

Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García , M., De la Mata, D., y Vera-Hernández, M. (2025). Health systems and health inequalities in Latin America. *Oxford Open Economics, 4*(1), i122-i147. https://doi.org/10.1093/ooec/odae029 [academic.oup.com]

Banco Central del Ecuador. (2025). *Estadísticas macroeconómicas*. https://www.bce.fin.ec/

Banco Mundial. (2025). *Gasto de bolsillo en salud (% del gasto total en salud) – Ecuador*. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=EC

Banco Mundial. (2025). *PIB per cápita (USD corrientes) - Ecuador*. https://data.worldbank.org/country/EC

Buchmueller, T., Whitman, A., Peters, C., y De Lew, N. (2024). I*mproving Access to Affordable and Equitable Health Coverage: A Review from 2010 to 2024.* Department of Health and Human Services. https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/9376755db2480ad7288aaa5ec38f3d8c/improving-access-to-coverage.pdf

Cañarte, R., Mendoza, J., y Benavides, M. (2025). Estructura del sistema de salud en Ecuador: Organización y distribución de los establecimientos asistenciales de la Red Pública Integral de Salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(5). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20782

Cobeña, Y. (13 de septiembre de 2025). Seguro de salud privado y público en Ecuador: comparaciones y brechas en el acceso. *El Diario*. https://www.eldiario.ec/vida/seguro-de-salud-privado-y-publico-en-ecuador-comparaciones-y-brechas-en-el-acceso-13092025/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *The urgency of investing in health systems in Latin America and the Caribbean to reduce inequality and achieve the Sustainable Development Goals. CEPAL-OPS.* https://www.cepal.org/en/publications/80764-urgency-investing-health-systems-latin-america-and-caribbean-reduce-inequality

Coveney, L., Musoke, D., y Russo, G. (2023). Do private health providers help achieve Universal Health Coverage? A scoping review of the evidence from low-income countries. *Health Policy and Planning, 38*(9), 1050-1063. https://doi.org/10.1093/heapol/czad075

Cutler, D., y Zeckhauser, R. (2000). *The anatomy of health insurance. Handbook of health economics.* Elsevier.

Epstein, D., y Jiménez-Rubio, D. (2019). ¿Qué revela sobre el sistema público sanitario la contratación de un seguro de salud privado? *Gaceta Sanitaria, 33*(5), 442-449. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.009

Folland, S., Goodman, A., y Stano, M. (2022). *The economics of health and health care.* Routledge.

Fondo Monetario Internacional. (2025). *World Economic Ourlook Database*. https://www.imf.org/en/publications/sprolls/world-economic-outlook-databases

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 223-255. https://doi.org/10.1086/259880

Hernández-Sampieri, R. (2023). *Metodología de la investigación.* McGraw-Hill.

Inca, G. (2023). Evolución del sistema de salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición, 14*(1). https://doi.org/10.47187/cssn.Vol14.Iss1.219

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2021). *Evaluación, análisis, revisión y aprobación de la valuación actuarial del Seguro General de Salud Individual y Familair*. Evaluación, análisis, revisión y aprobación de la

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2025). *Cuentas Satélite de Salud.* https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Información histórica de empleo*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-historica-de-empleo/

Kettlewell, N., y Zhang, Y. (2024). Financial incentives and private health insurance demand on the extensive and intensive margins. *Journal of Health Economis, 94*, 102863. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102863

Lavaste, K. (2023). rivate health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland. *Health Policy, 132*, 104820. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104820

Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, s177-s187. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

Manzaba, B. (25 de febrero de 2026). Crisis en el sistema de salud: Ecuador lidera el gasto de bolsillo en salud en la región. *Teleamazonas*. https://www.teleamazonas.com/actualidad/noticias/ecuador/ecuador-crisis-salud-gasto-bolsillo-ecuatorianos-mayor-region-111228/

Molina-Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanzza del sistema nacional de salud del Ecuador. *Íconos , 63*, 185-205. https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070

Ordaz , J., Guerrero, F., y Murillo, C. (2025). Análisis empírico de la demanda de seguro privado de enfermedad en España. *Estudios de Economía Aplicada,* 303-3029. http://www.revista-eea.net/documentos/23107.pdf

Organisation for Economics Co-operation and Development (OECD). (2022). *Private health insurance spending.* OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/03/private-health-insurance-spending_936ad24d/4985356e-en.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2024). *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal.* OIT Países Andinos. https://ecuador.un.org/sites/default/files/remote-resources/bf9ed5046322cf3e84d11df666baa869.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (05 de diciembre de 2025). *Cobertura universal de salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Informe anual de país: Ecuador 2024.* https://www.paho.org/es/publicaciones/ecuador-informe-anual-pais-2024

Pauly, M. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Economic Review, 58*(3), 531-537.https://doi.org/10.1257/aer.58.3.531

Rao, K., Roberton, T., Vecino-Ortiz, A., Noonan, C., López-Hernández, A., Mora-García, C., . . . Maceira, D. (2025). Gastos futuros en salud y sus determinantes en América Latina y el Caribe: un estudio de proyección multinacional. *The Lancet Regional Health*. https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X%2824%2900108-X/fulltext

Roberti, J., Leslie, H., Doubova, S., Medina, J., Mazzoni, A., y Espinoza, L. (2024). Inequalities in health system coverage and quality: A cross-sectional survey of four Latin American countries. *The Lancet Global Health, 12*(1), e145-e155. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00488-6

Siguenza, M. (2019). Determinantes del seguro médico privado y del uso de urgencias. *Revista de Economía Aplicada, XXIII*(5), 5-38. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96943414001

Śliwiński, A., y Borkowska, I. (2024). Demand for Private Health Insurance: An Empirical Study of Post-Communist Countries. *Journal of Management and Financial Sciences*. https://doi.org/10.33119/JMFS.2023.50.6

Superintendencia de Compañias, Valores y Seguros. (2025). *Estadísticas del sector asegurador*. supercias.gob.ec: https://www1.supercias.gob.ec/portalscvs/Institucion/Seguros.php

Wan, G., Peng, Z., Shi, Y., y Coyte, P. (2020). ¿Cuales son los factores que determinan la decisión de contratar un seguro médico privado en China? *Research and Public Health, 17*(15). https://doi.org/10.3390/ijerph17155348