

La Seguridad Social en el Ecuador: del modelo gremial al modelo de aseguramiento universal

Social Security in Ecuador: from the guild model to the universal insurance model



Marcelo Reinoso Navarro

Universidad Andina Simón Bolívar | Quito | Ecuador

*Correspondencia:

Marcelo, Reinoso-Navarro

Fecha de recepción : 30/04/2026

Fecha de revisión : 15/05/2026

Fecha de aceptación : 30/05/2026

Fecha de publicación : 30/06/2026

Como citar: Reinoso-Navarro, M. (2026). La Seguridad Social en el Ecuador: del modelo gremial al modelo de aseguramiento universal. *Revista científica multidisciplinaria Prometeo Sociedad del conocimiento*, 3(2), 64-81.

RESUMEN

El sistema de Seguridad Social en Ecuador se encuentra centrado en la institucionalidad del IESS y está vinculado principalmente al empleo formal, debido a un modelo contributivo que, junto con la fragmentación entre instituciones como IESS, MSP, ISSFA, ISSPOL y otros actores públicos y privados, limita el acceso universal y genera desigualdades en la cobertura de protección social. El análisis teórico y estadístico evidencia una baja cobertura en prestaciones relacionadas con infancia, maternidad y desempleo, ya que el acceso a estos beneficios depende del cumplimiento de aportes, lo que excluye a una gran parte de los trabajadores informales. En contraste, el modelo Beveridge propone una cobertura universal financiada mediante impuestos. A partir de una revisión documental y entrevistas a expertos, la investigación identifica una preferencia por un enfoque universal en términos de equidad, aunque reconoce las fortalezas del modelo contributivo en eficiencia y sostenibilidad financiera. Se concluye que no existe un modelo único aplicable a todos los contextos, por lo que se propone la implementación de un sistema híbrido que combine componentes contributivos y no contributivos, respaldado por reformas fiscales, una mayor coordinación institucional y el fortalecimiento del rol del Estado, especialmente en la provisión de servicios de salud y protección social.

Palabras clave: Seguridad Social, Protección Social, Aseguramiento Universal

ABSTRACT

The Social Security system in Ecuador is centered on the Ecuadorian Social Security Institute (IESS) and is primarily linked to formal employment through a contributory model. Combined with the institutional fragmentation among the IESS, the Ministry of Public Health (MSP), the Armed Forces Social Security Institute (ISSFA), the National Police Social Security Institute (ISSPOL), and other public and private entities, this structure limits universal access and creates inequalities in social protection coverage. The theoretical and statistical analysis reveals low coverage of benefits related to childhood, maternity, and unemployment, as access to these services depends on regular contribution payments, excluding a large proportion of informal workers. In contrast, the Beveridge model proposes universal coverage financed through taxation. Based on a documentary review and interviews with experts, the study identifies a preference for a universal approach in terms of equity while recognizing the strengths of the contributory model in terms of efficiency and financial sustainability. It concludes that there is no single model suitable for all contexts and proposes the implementation of a hybrid system combining contributory and non-contributory components. Such a transition would require fiscal reforms, greater institutional coordination, and a strengthened role of the State, particularly in the provision of health and social protection services.

Keywords: Social Security, Social Protection, Universal Insurance.

INTRODUCCIÓN

La seguridad social ha sido comúnmente percibida como una responsabilidad endosada al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por sus competencias para proveer los servicios de salud, pensiones y riesgos laborales, para quienes trabajen en un empleo remunerado y mientras dure su relación laboral con la empresa u organización a la que pertenece. Con el tiempo se han incorporado también trabajadores autónomos o voluntarios (2025, pág. Art. 154).

La seguridad social es a su vez, parte de un modelo de protección social que en general busca resguardar a lo largo del ciclo vital, a las personas, otorgándoles prestaciones en para la vejez, desempleo, enfermedad y discapacidad. En el caso ecuatoriano existen varias instituciones encargadas de realizar o conceder estas prestaciones como son el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES, el Ministerio de Salud MSP, Ministerio de Desarrollo Humano MDH, Ministerio de Trabajo MDT, Secretaría Nacional de Gestión de Gestión de Riesgos, por parte del Ejecutivo, así como aquellas competencias dadas a los Gobiernos

Autónomos Descentralizados en materia de inclusión, cumplimiento de las competencias exclusivas de Gobiernos Provinciales, Cantonales y Parroquiales.

La institución que engloba muchas de las competencias de protección social es el IESS, como prestador de servicios de salud, pensiones, prevención de riesgos laborales, orientados exclusivamente a las personas que tienen trabajo y tienen contratos o nombramientos bajo relación de dependencia, constituyendo una excepción, el seguro social campesino que pertenece al IESS, pero atiende a familias ubicadas en la ruralidad, que se inscriban voluntariamente, como medida de inclusión respecto a quienes viven en entornos urbanos (Ley de Seguridad Social, 2025, pág. Art. 5). Otros seguros corresponden al Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas ISSFA y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional ISSPOL, que atienden a fuerzas armadas y fuerza pública, respectivamente con atribuciones similares al IESS.

Como se puede observar existe una dispersión de instituciones que prestan servicios o prestaciones similares. Cabe indicar que los servicios que cada entidad presta, brindan acceso a los beneficios otorgados al afiliado o a su familia y los mismos son únicos y no pueden ser transferidos entre prestadoras. Esto quiere decir que las personas solo pueden recibir servicios de los entes a los que están afiliados y no de otros prestadores; y respecto al MSP las personas solo pueden ser atendidas por

emergencia, ambulatorio u hospitalización, si no están afiliados al IESS, ISSFA o ESPOL. Esta visión ha restringido la evolución de la protección social en general e individualizado el problema a cada entidad pública, sin una visión de conjunto.

En esta investigación, dadas las amplias acciones que involucran a la protección social, se concentró en los servicios de salud, respecto a si deben continuar como parte del modelo gremial o deben ampliarse en cobertura a todas las personas sin excepción, utilizando toda la capacidad de atención en salud del Ecuador. Actualmente en el ámbito de la salud conviven tres modelos en el ámbito público, el primero es el de atención en salud para la población en general a cargo del Ministerio de Salud; el segundo de atención exclusiva a las personas afiliadas al IESS, ISSFA e ISSPOL que son parte de la Red Pública Integral de Salud RPIS; y, el tercero por el sector privado lo conforman las entidades con fines de lucro como hospitales, clínicas, consultorios, ONG's y asociaciones de servicio social y medicina prepagada (Maitta-Cedeño, Ayoví-Bernal, & Bernal-Álava, 2024, pág. 1053).

Las instituciones que son parte de la RPIS Nacional tienen presupuestos diferentes, usuarios diferentes e infraestructura diferente y prestan servicios para la salud. En el caso del IESS, ISSFA e ISSPOL, siguen los planteamientos desarrollados por Otto von Bismarck, modelo que basa su gestión en la financiación recíproca de los miembros de la fuerza laboral a través de

un sistema de contribuciones entre empleados y empleadores que es obligatorio para proteger a la población contra enfermedades, accidentes, discapacidad física y vejez.

Sin embargo, no es el único modelo existente ya que existen otros, que han sido adoptados en países más y menos desarrollados, como es el caso del Sistema Beveridge denominado también sistema de protección social que intenta crear beneficios no solo para aquellos que tienen o pueden obtener trabajo remunerado,

sino para las personas en general que necesitan el servicio, por lo que se conoce como sistema de seguro universal.

La Ley de Seguridad Social en el Ecuador se expidió en el año 2001 y la misma se ha mantenido, con pocas modificaciones a lo largo de tres décadas centradas más en la estructura organizacional y gobernabilidad, que en las prestaciones en sí. (Ley de Seguridad Social, 2025). Las modificaciones principales a la Ley invocada son las siguientes.

Tabla 1. *Reformas a la Ley de Seguridad Social 2001-2025*

Criterio	Descripción
Extensión de protección social	Se ampliará progresivamente la protección social a la familia del afiliado, priorizando la prevención de riesgos.
Coordinación de prestadores	Se integrarán los esfuerzos de prestadores públicos y privados para garantizar una protección más eficiente.
Técnicas de financiamiento	Se aplicarán técnicas de seguro colectivo para cubrir contingencias catastróficas.
Solidaridad e incentivos	Se combinará la solidaridad intergeneracional con incentivos al esfuerzo individual para mejorar las prestaciones.
Incentivos y sanciones	Se incentivará el pago oportuno de aportes y se sancionará la mora, evasión y subdeclaración.
Apoyo estatal	El Estado dirigirá su contribución financiera hacia los asegurados más vulnerables.
Optimización de contribuciones	Se ajustarán los porcentajes de aportación para evitar cargas excesivas a afiliados y empleadores.
Calidad del servicio	La remuneración de prestadores estará vinculada a la calidad, oportunidad del servicio y productividad.
Eficiencia institucional	Se optimizarán los recursos del IESS para reducir costos administrativos y hacerlos competitivos.
Financiamiento de nuevas prestaciones	Las nuevas prestaciones deberán contar con financiamiento respaldado por estudios actuariales, conforme a la Constitución.

Fuente: Ley de Seguridad Social, reformas al 2025

En este artículo se analizó la factibilidad de implementar un modelo de seguridad social gremial o universal, o si existe la posibilidad de soluciones que permitan la convivencia de ambos modelos ya que, como ya se ha indicado los servicios de salud ya se vienen prestando a través del MSP, IESS y actores de la atención de salud privados.

A continuación, se presenta una tabla con las principales estadísticas de cobertura y gasto en protección social de Ecuador, con base al Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: Regional América Latina y el Caribe. La información disponible está cortada al año 2021.

Tabla 2. *Indicadores de cobertura y atención de los servicios de protección social del Ecuador*

Indicador	Valor (Ecuador)%
Cobertura de la población por al menos una prestación de protección social (excluida salud)	46,8(t), 49,3 (h), 44,0 (m)
Cobertura de niños (0–15 años) con prestaciones de protección social	29,2 (t), 29,1 (niños), 29,2 (niñas)
Cobertura de mujeres con prestaciones de maternidad con hijos recién nacidos que reciben beneficios monetarios por maternidad	5,0 (m)
Cobertura en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	35,5 (t), 34,9 (h), 36,4 (m)
Cobertura en caso de invalidez	41,7 (t), 38,8 (h), 45,4 (m)
Cobertura de personas desempleadas que reciben prestaciones	3,8 (t), 4,7 (h), 3,0 (m)
Cobertura de personas adultas mayores que perciben una pensión	66,1 (t), 82,0 (h), 52,9 (m)
Cobertura de pensión de vejez contributiva	38,5 (t), 54,6 (h), 25,2 (m)
Cobertura de pensión de vejez financiada mediante impuestos	27,6 (t), 27,4 (h), 27,8 (m)
Gasto total en protección social (incluida la atención en salud) como porcentaje del PIB	10,0
Gasto nacional de salud de las administraciones públicas como porcentaje del PIB	5,3
Gasto total en protección social (excluida la atención en salud) como porcentaje del PIB	4,7
Gasto en protección social por grupos de edad como porcentaje del PIB	Infancia: 0,2% Edad de trabajar: 1,2% Vejez: 3,3%

Fuente: Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: Regional América Latina y el Caribe. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Anexos 1.2 (p. 62-63) y 2.1 (p. 68).

Nota: (t) total, (h) hombres, (m) mujeres.

La tabla presentada ofrece una visión integral de la situación de la protección social en Ecuador, basada en datos recientes del Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026. A continuación, se destacan los principales hallazgos y se analizan sus implicaciones (OIT, 2025, págs. 62-68):

Respecto a la cobertura general, la misma es insuficiente y genera desigualdades de género, porque solo el 46,8% de la población ecuatoriana está cubierta por al menos una prestación de protección social (excluida la salud), lo que indica que más de la mitad de la población carece de acceso a estos beneficios fundamentales (p. 62); se observan brechas de género en la cobertura: los hombres presentan una mayor cobertura que las mujeres en la mayoría de los indicadores, especialmente en pensiones de vejez (82,0% para hombres frente a 52,9% para mujeres, p. 63), lo que refleja desigualdades estructurales en el acceso y la acumulación de derechos contributivos;

En cuanto a la cobertura limitada en grupos vulnerables, apenas el 29,2% de niñas y niños, y en mujeres con prestaciones de maternidad se ha generado un 5,0%, lo que da señales de ser particularmente baja (p. 62), lo que evidencia una protección insuficiente para la infancia y la maternidad, que son etapas críticas para el desarrollo humano y la equidad social. De la misma manera, la cobertura de prestaciones por desempleo es muy reducida en un 3,8%, lo que deja a la mayoría de las personas desempleadas sin apoyo económico formal (p. 62).

En cuanto a la cobertura en riesgos laborales y de invalidez, menos de la mitad de la población está cubierta en caso de accidentes de trabajo con un 35,5% o invalidez 41,7%, lo que representa un riesgo significativo para la seguridad económica de los trabajadores y sus familias (p. 62).

El gasto público en protección social, incluida la salud representa el 10,0% del PIB, pero solo el 4,7% corresponde a protección social excluyendo salud (p. 68). Esto sugiere que la inversión en otras ramas de la protección social, como pensiones, desempleo o infancia, es limitada en comparación con la atención sanitaria. El gasto por grupos de edad muestra una mayor concentración en la vejez con un 3,3% del PIB, mientras que la infancia recibe apenas el 0,2% del PIB, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la protección social en las primeras etapas de la vida (p. 68).

Esta información Los datos evidencian la urgencia de ampliar la cobertura y mejorar la equidad de género en el acceso a la protección social en Ecuador, mediante el fortalecimiento de los sistemas de protección para la infancia, la maternidad y el desempleo, así como reducir las brechas de género en las pensiones, incrementar la inversión pública en protección social, especialmente en los grupos más vulnerables, contribuiría a reducir la pobreza, la desigualdad y a promover un desarrollo más inclusivo y sostenible.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en la presente investigación corresponde a un enfoque cualitativo de tipo analítico-reflexivo, basado principalmente en la revisión documental y bibliográfica de fuentes académicas y datos estadísticos, así de la aplicación de una encuesta a diez expertos en los temas de protección y seguridad sociales. A partir de ello, se desarrolla un análisis comparativo de los modelos de protección social (Bismarck y Beveridge) y una interpretación crítica del caso ecuatoriano realizada a través de una triangulación y análisis de frecuencias con base a las respuestas dadas en las entrevistas, lo que permitió identificar alcances, limitaciones y plantear propuestas de transformación hacia un sistema más universal e inclusivo. adaptado a las necesidades del contexto nacional.

En cuanto al referencial teórico, de la revisión bibliográfica realizada con base a repositorios de artículos científicos, existen pocas publicaciones que aborden modelos de protección social de manera específica y existen publicaciones puntuales sobre protección social y migración y de movilidad, aspectos no abordados en este estudio, que comparó los modelos gremial y aseguramiento universal, de manera que su análisis suscite una reflexión sobre la medida en que el sistema estatal de mecanismos de protección social debe integrarse de una manera que reconozca la necesidad de una prestación adecuada y equitativa de servicios de acuerdo con los derechos individuales.

Bajo este enfoque de se revisarán tres modelos ideales de protección social vistos desde la gestión pública, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3. *Modelos de Protección Social*

Rasgos / Modalidad	Asistencia	Seguro	Seguridad
Denominaciones	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideología	Liberal	Corporativa	Social-demócrata
Principio	Caridad	Solidaridad	Justicia
Efecto	Discriminación	Manutención	Redistribución
Status	Descalificante	Privilegio	Derecho
Finanza Actuarial	Donaciones	% salarial / acumulación	Presupuesto público / reparto
Cobertura	Focal	Ocupacional	Universal
Beneficio	Bienes/serv.	Prop./Salario	Mínimo vital
Acceso	Prueba de medios	Afiliación	Necesidad
Administración	Filantropica	Corporativa	Pública
Organización	Local	Fragmentada	Central
Referencia	Poor laws	Bismarck	Beveridge
Ciudadanía	Invertida	Regulada	Universal

Fuente y elaboración: Fleury & Molina (2000), Pagina 7

La tabla evidencia una transición desde un enfoque asistencialista y excluyente, pasando por uno contributivo y segmentado, hasta llegar a un modelo universalista basado en derechos. Este desarrollo refleja cambios en la concepción del rol del Estado, pasando de un actor subsidiario a uno garante del bienestar social.

Para el análisis de este artículo se ha excluido al modelo asistencialista, por haberse instituido constitucionalmente conforme lo establece el Artículo 340 que "... el sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo" (Constitución del Ecuador, 2008, pág. Art. 340).

En la constitución no se agregó la modalidad o modelo de asistencia, denominado también modelo residual por tener un enfoque que se caracteriza por su base liberal y caritativa, donde la intervención social se concibe como una ayuda excepcional para quienes no pueden valerse por sí mismos. Su denominación como "residual" indica que el Estado actúa únicamente cuando fallan otras instancias como la familia o el mercado (Fleury & Molina, 2000, pág. 17).

Para brindar una protección efectiva a la población, se han desarrollado dos modelos de protección denominados Bismarck y Beveridge,

los cuales básicamente son dos formas históricas de organizar la protección social, que difieren principalmente en cómo se financian y a quién cubren. El modelo de Bismarck, originado en Alemania en el siglo XIX, se basa en el principio del seguro social. Este sistema protege principalmente a los trabajadores formales mediante una relación directa entre empleo, contribución y beneficio.

Su financiamiento proviene de aportes obligatorios de empleadores y trabajadores, generalmente calculados como un porcentaje del salario. Los beneficios que reciben las personas están ligados a lo que han contribuido previamente, lo que refleja un enfoque meritocrático respecto a quien más aporta, más recibe. Además, este modelo organiza la protección por grupos ocupacionales, lo que genera una estructura fragmentada y con diferentes niveles de beneficios entre sectores. En consecuencia, el acceso a la protección social depende de la inserción en el mercado laboral formal, lo que da lugar a lo que se denomina "ciudadanía regulada" (Fleury & Molina, 2000, págs. 8-9).

Por su parte, el modelo de Beveridge, desarrollado en el Reino Unido a partir de 1942 y que se utiliza en varios países europeos, propone un sistema de seguridad social universal orientado a garantizar el bienestar básico de toda la población. A diferencia del modelo de Bismarck, este sistema no vincula los beneficios con las contribuciones individuales ni con el empleo. Se financia principalmente con

recursos públicos provenientes de impuestos y tiene como objetivo asegurar a todos los ciudadanos un mínimo vital en áreas como salud, ingresos y servicios sociales. Su enfoque es redistributivo, ya que busca reducir las desigualdades generadas por el mercado. La cobertura es universal y el acceso depende de la necesidad, no de la capacidad contributiva. Este modelo se caracteriza por una gestión estatal centralizada y por reconocer los derechos sociales como parte de la ciudadanía, lo que se denomina "ciudadanía universal" (Fleury & Molina, 2000, págs. 9-12).

La modalidad de Seguro, denominada también modelo meritocrático, representa un avance respecto al anterior, al introducir una lógica corporativa y contributiva. Se basa en la idea de que los individuos acceden a la protección social en función de su participación en el mercado laboral. (Fleury & Molina, 2000, pág. 18)

La modalidad de Seguridad o modelo institucional o universal representa un avance mayor en materia de inclusión, basada en una ideología social-demócrata y en el principio de justicia social. Su objetivo es garantizar condiciones mínimas de vida generalizadas a toda la población sin excepción (Fleury & Molina, 2000, pág. 19).

Como se puede observar de los modelos descritos muy brevemente, el desarrollo de los sistemas de protección social es el resultado de la implementación de políticas públicas que profundicen el contexto económico, político y

social, vistos no como procesos lineales, sino como "fruto de la dinámica de la esfera pública conformada en cada sociedad, al mismo tiempo en que son un factor esencial en la materialización y transformación de la misma esfera pública" (Fleury & Molina, 2000, pág. 56).

Como ya se ha indicado el reconocimiento de la pobreza como un problema social creó las condiciones para el desarrollo de poderosos mecanismos institucionales de protección social. De allí que "la seguridad social se caracteriza por una importante estratificación de los grupos cubiertos así como por la exclusión de gran parte de la población..." (Fleury & Molina, 2000, pág. 4) De allí que la "asistencia social tiene más un carácter propiamente preventivo y punitivo que una garantía de los derechos de la ciudadanía..." (Fleury & Molina, 2000, pág. 17) El modelo del seguro social tiene como característica central la cobertura de los grupos ocupacionales a través de una relación contractual, en tanto que la protección social asume la modalidad de seguridad social, designando un conjunto de políticas públicas que garantiza a todos los ciudadanos el derecho a un mínimo vital.

En síntesis, mientras el modelo de Bismarck protege principalmente a quienes participan en el mercado laboral y contribuyen al sistema, el modelo de Beveridge busca garantizar la protección social como un derecho para toda la población, independientemente de su situación laboral.

En el sector salud conforme lo dispuso la

Constitución vigente en el artículo 32 la atención en salud abarca no solo la atención primaria o especializada para contar buen estado físico y mental de una persona, sino las que se reflejan en la política social tales como: “servicios públicos, alimentación, educación, trabajo, seguridad social, cultura física, los ambientes sanos y todo lo que garantice o mejore las condiciones y la calidad de vida de las personas” (Maitta-Cedeño, Ayoví-Bernal, & Bernal-Álava, 2024, pág. 1054).

Como ya se ha indicado, se asocia a la seguridad social, exclusivamente con el IESS, por ello es común que se indique que la seguridad social se institucionaliza formalmente en 1928, durante el gobierno de Isidro Ayora, con la creación de la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, también conocida como Caja de Pensiones, con las características del modelo de Bismarck de seguridad social, basado en la protección de los trabajadores dependientes y sustentado por la contribución tripartita ya vista entre Estado, trabajadores y empleadores (Coronel-Llamuca, García-Medrano, Herrera-Quíñonez, & Navas-López, 2023, págs. 33-34).

Los autores expresan que, pese a ciertos avances en la materia, “para un trabajador el sistema de seguridad social actual requiere una revolución de su sistema ya que continúa presentado diferentes debilidades tanto en su estructuración, enfatizando por la cobertura de quienes dependen directamente de él, junto con su estabilidad financiera y su efectividad

administrativa” (Coronel-Llamuca, García-Medrano, Herrera-Quíñonez, & Navas-López, 2023, pág. 34).

A esto se debe agregar que este modelo de seguridad social, al ser un modelo gremial, excluye a los trabajadores informales y a la población que no tiene o no encuentra trabajo, lo cual se evidencia en las estadísticas presentadas, en las cuales la población que accede a los servicios de protección social no llega a la mitad de la población. Ello hace necesario replantear en el modelo actual, por lo que se procede a analizar las semejanzas y diferencias entre el modelo de Bismarck y el modelo Beveridge.

Con el propósito de escuchar y analizar en opinión de expertos la factibilidad de uno u otro modelo aquí analizados, se aplicaron entrevistas, considerando el siguiente cuestionario que consta de 5 preguntas relacionadas con la cobertura y equidad; sostenibilidad financiera; eficiencia y calidad de servicio; adaptabilidad a contextos nacionales; y, rol del Estado y sector privado, conforme se describe:

1. Cobertura y equidad:

Desde su perspectiva, ¿qué modelo (Bismarck o Beveridge) garantiza una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente para poblaciones vulnerables, y por qué?

2. Sostenibilidad financiera:

Considerando las condiciones

económicas actuales, ¿cuál de los dos modelos considera más sostenible en el largo plazo y qué factores determinan esa sostenibilidad?

3. Eficiencia y calidad del servicio:

¿Cómo evalúa la eficiencia y calidad de los servicios de salud en sistemas basados en el modelo Bismarck frente al Beveridge, particularmente en términos de tiempos de atención y resultados sanitarios?

4. Adaptabilidad a contextos nacionales:

¿Qué variables contextuales (demográficas, económicas, institucionales) deberían considerarse prioritarias para elegir entre un modelo de tipo Bismarck o Beveridge en un país determinado?

5. Rol del Estado y del sector privado:

¿Cuál debería ser el equilibrio adecuado entre el Estado y el sector privado en cada modelo para asegurar tanto la cobertura universal como la eficiencia del sistema?

Las respuestas dadas por los expertos escogidos fueron consideradas por haber sido directivos del nivel jerárquico superior del IESS, servidores de carrera conocedores del tema y académicos que han tenido publicaciones o análisis relevantes sobre el tema en materia normativa, administrativa o de desarrollo social.

Con las respuestas se realizó un análisis de contenido, de cada una, agrupándola por cada variable descrita y análisis de la entrevista. Krippendorff describe lo indicado como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos (como entrevistas), inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”. En este análisis el “objetivo es comprender los datos como fenómenos simbólicos, abordando significados, referencias, valoraciones e intenciones” (Krippendorff, 1990, págs. 8,29), que solo se pueden lograr de las lecturas, comprensión y sistematización de la información.

La información sistematizada fue objeto de una triangulación, misma que para López, es la combinación de metodologías en el estudio del mismo fenómeno”, concebida como un proceso en el que desde múltiples perspectivas se clarifican los significados y se verifica la repetibilidad y de replicación en sus dos tipos: literal y teórica de una observación y una interpretación. La triangulación sirve para clarificar el significado, identificando diferentes maneras a través de las cuales es percibido el fenómeno (López, 2013, pág. 142).

Es importante mencionar que la herramienta para realizar la triangulación fue “NVivo”, sin embargo, esta herramienta no es automática y necesita que el autor del artículo realice un mecanismo de validación, como “una estrategia para ampliar la comprensión del fenómeno social, superando las limitaciones inherentes al uso de un solo método, fuente o marco teórico”

(Patton, 1999, pág. 1193).

A más de los cruces de la triangulación se hizo una recopilación de las frecuencias recurrentes de las respuestas para porcentualizarlas e interpretar estos resultados desde la perspectiva cuantitativa; y finalmente se establecieron las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

RESULTADOS

En América Latina la evolución, características y desafíos de los modelos de protección social y Estado de Bienestar han sido y son motivo de debate. Un repaso por el desarrollo histórico de la tipología de modelos y la situación particular de América nos conduce a los años ochenta, en los que se implementaron políticas de protección social, que se han mantenido en opinión del autor del artículo prácticamente intactas, con ligeros cambios que no han llegado a la profundidad de los problemas que tratan de resolver.

En cuanto a la literatura académica, la lectura clásica de los modelos de protección social en este continente corresponde al INDES - BID a través de Fleury & Molina quienes hacen un análisis exhaustivo de los sistemas de protección social. El análisis parte del reconocimiento de la pobreza como problema social tras la revolución industrial, lo que llevó a la creación de mecanismos institucionales de protección social, conocidos en Europa como Estado de Bienestar Social, lo que representó

“el reconocimiento de la pobreza como un problema social el que creó las condiciones para el desarrollo de poderosos mecanismos institucionales de protección social que, en el contexto europeo, fueron conocidos como el Estado de Bienestar Social (Welfare State)” (Fleury & Molina, 2000, pág. 2).

El modelo Bismarck y el modelo Beveridge, son los dos sistemas principales que estructuran la sanidad pública y la seguridad social a nivel mundial. Ambos garantizan el acceso universal, pero se diferencian radicalmente en cómo se financian y gestionan. Modelo Bismarck (Seguro Social) se financia a través de cotizaciones o pago de planillas que se realizan de manera compartida por empresarios y trabajadores. Estos se gestionan a través de regulaciones del Estado. El modelo Beveridge (Servicio Nacional de Salud) se financia a través de los impuestos generales del Estado y su gestión está a cargo directo del Estado o entidades gubernamentales de salud. La prestación del servicio se brinda de manera gratuita en el punto de uso y funcionan en países como Reino Unido, España, Italia y los países nórdicos.

En el Ecuador, el sistema de seguridad social ha estado tradicionalmente estructurado bajo el enfoque del modelo de Bismarck, en el cual el acceso a las prestaciones sociales, especialmente en salud y pensiones, se encuentra estrechamente vinculado a la relación laboral formal y al cumplimiento de aportaciones obligatorias por parte de trabajadores y empleadores. Este modelo ha permitido

consolidar mecanismos de protección social para quienes participan en el empleo formal, pero ha excluido o limitado significativamente la cobertura de amplios sectores de la población, particularmente aquellos que se desempeñan en la economía informal, que constituye una proporción importante del mercado laboral ecuatoriano. En este contexto, la migración hacia un esquema del modelo Beveridge, basado en la universalidad de derechos y el financiamiento

a través de impuestos generales, aparece como una alternativa orientada a garantizar un acceso más equitativo e inclusivo a la protección social.

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas, conforme a la siguiente tabla que sistematiza los resultados de la triangulación de las respuestas dadas por los expertos.

Tabla 4. Resultados de la triangulación de las encuestas a expertos

Dimensión	Convergencias (acuerdos)	Divergencias (desacuerdos)	Síntesis interpretativa
Cobertura y equidad	Mayoría considera que el modelo Beveridge garantiza acceso universal y mayor equidad	Algunos señalan que Bismarck puede ser equitativo en contextos de alta formalidad laboral	Beveridge es más inclusivo estructuralmente; Bismarck depende de condiciones laborales
Sostenibilidad financiera	Ambos modelos requieren condiciones económicas sólidas	Beveridge puede presionar el gasto público; Bismarck depende del empleo formal	La sostenibilidad depende más del contexto económico que del modelo en sí
Eficiencia y calidad	Bismarck suele asociarse a mayor eficiencia e innovación	Beveridge puede tener problemas de tiempos de espera; otros expertos dicen que la calidad depende de la gestión	La eficiencia no es exclusiva de un modelo; influye la gobernanza
Adaptabilidad al contexto	Consenso en que no existe un modelo único aplicable a todos los países	Diferencias en cuáles factores son más determinantes (demografía, economía, institucionalidad)	La elección del modelo debe ser contextual y flexible
Rol del Estado y privado	El Estado debe garantizar acceso y regular el sistema	Diferencias en el grado de participación privada	Predominan esquemas mixtos con regulación estatal fuerte

Fuente y elaboración propias

La tabla que antecede indica desde la óptica cualitativa que existe una tendencia clara a favor del modelo Beveridge en términos de equidad;

que el modelo Bismarck es valorado por su eficiencia operativa, aunque con limitaciones de acceso; que en si el modelo no es lo más

importante, sino el contexto en el que se lo aplique en función de los recursos disponibles; y, existe coincidencia entre expertos es que los sistemas reales deben ser híbridos, lo que permitiría mantener el sistema gremial existente y generar o adaptar el modelo del MSP hacia un grupo mayor de beneficiarios, sin excluir la

posibilidad de que toda la red de salud pública o privada pueda utilizarse independientemente de la procedencia.

Desde el punto de vista cuantitativo, la tabla siguiente refleja los resultados obtenidos

Tabla 5. Resultados cuantitativos de la aplicación de entrevistas a expertos

Dimensión analizada	Postura principal	Porcentaje	Otras posturas relevantes	Interpretación
Cobertura y equidad	Modelo Beveridge garantiza mayor acceso universal	70%	Modelo Bismarck puede ser equitativo en contextos de alta formalidad laboral (30%)	Predominio de enfoque universalista
Sostenibilidad financiera	Depende del contexto económico e institucional	60%	Bismarck más sostenible (20%); Beveridge genera presiones fiscales (20%)	Opiniones dispersas
Eficiencia y calidad	Modelo Bismarck asociado a mayor eficiencia	50%	Calidad depende de la gestión (30%); limitaciones en Beveridge como listas de espera (20%)	Ventaja relativa de Bismarck, no concluyente
Adaptabilidad al contexto	No existe un modelo único aplicable a todos los países	90%	—	Mayor consenso del análisis
Rol del Estado y sector privado	Modelos mixtos (regulación estatal + participación privada)	80%	Predominio del Estado (20%)	Tendencia clara hacia esquemas híbridos

Fuente y elaboración propias

El análisis cuantitativo realizado a partir de las respuestas de los diez expertos permitió complementar la triangulación cualitativa mediante la identificación de frecuencias y porcentajes en las principales posturas. Este ejercicio evidenció tendencias claras y niveles diferenciados de consenso en cada dimensión analizada. De la información se considera más relevante la necesidad de adaptación al contexto por no visualizarse la posibilidad de

aplicar un modelo único bien sea en el Ecuador u otros países con realidades similares, aspectos que tuvieron un mayor consenso en el análisis.

La implementación del modelo de Beveridge en Ecuador implicaría una transformación progresiva y estructural del sistema actual, más que un reemplazo inmediato. En primer lugar, sería necesario consolidar el principio de universalidad, lo cual supone garantizar

que toda la población, independientemente de su condición laboral o contributiva, tenga acceso a servicios de salud y a prestaciones sociales básicas. Esto requeriría integrar o al menos coordinar de forma más eficiente las instituciones existentes, como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y otros subsistemas, con el fin de reducir la fragmentación y las duplicidades en la provisión de servicios. De manera paralela, sería indispensable reconfigurar el esquema de financiamiento, trasladando el peso desde las contribuciones laborales hacia un sistema tributario más robusto y progresivo, capaz de sostener el aumento del gasto público social que este modelo demanda.

En el proceso de transición, resultaría conveniente adoptar un enfoque mixto o híbrido, en el que se mantengan ciertos componentes del modelo de Bismarck, evitando duplicidades, en lo relativo a pensiones contributivas, mientras se amplían las prestaciones no contributivas y de acceso universal, como la atención en salud básica o las pensiones mínimas para poblaciones vulnerables.

Esta estrategia permitiría evitar interrupciones abruptas y dar tiempo al Estado para fortalecer su capacidad administrativa, mejorar la eficiencia del gasto y desarrollar mecanismos de control y transparencia. Asimismo, implicaría una inversión significativa en infraestructura, talento humano y sistemas tecnológicos que aseguren una adecuada prestación de servicios

a una población más amplia.

El impacto de esta transformación para los usuarios sería, en términos generales positivo, ya que ampliaría la cobertura y reduciría las desigualdades en el acceso a la protección social. Los trabajadores informales, los desempleados y otros grupos tradicionalmente excluidos podrían acceder a servicios de salud sin la barrera de la afiliación previa, lo que contribuiría a mejorar los indicadores de salud pública y bienestar general, evitando que los dos sistemas de salud pública (MSP e IESS), que en la actualidad existen sean mutuamente excluyentes, se integren bajo una misma política pública.

Además, al desvincular la protección social del empleo formal como requisito único para gestionar las prestaciones, se fortalecería el carácter de derecho ciudadano de estos servicios, alineándose mejor con las realidades del mercado laboral ecuatoriano. Sin embargo, este proceso también podría generar tensiones, particularmente entre los actuales afiliados al sistema contributivo, quienes podrían percibir una pérdida relativa de beneficios o una disminución en la calidad de los servicios si no se logra financiar adecuadamente la expansión del sistema con presupuesto público. Asimismo, en una fase inicial, el incremento de la demanda podría presionar la capacidad instalada, generando riesgos de saturación y deterioro en la atención.

Desde la perspectiva de las finanzas públicas, la

convivencia de los dos modelos implicaría un incremento significativo del gasto estatal, lo que requeriría una reforma fiscal integral orientada a aumentar la recaudación y mejorar su progresividad. Esto podría incluir la ampliación de la base tributaria, el fortalecimiento de los mecanismos de control para reducir la evasión y elusión, y la implementación de impuestos más redistributivos.

Si bien este aumento del gasto podría generar presiones fiscales en el corto plazo, también existen potenciales beneficios a mediano y largo plazo, como la reducción de costos asociados a enfermedades no tratadas oportunamente, una mayor productividad de la población y la simplificación administrativa derivada de la integración de sistemas y de estructuras especialmente administrativas duplicadas. No obstante, la sostenibilidad del modelo dependerá críticamente de la disciplina fiscal, la eficiencia en la gestión pública y la capacidad del Estado para equilibrar los ingresos y egresos sin comprometer la estabilidad macroeconómica.

CONCLUSIONES

La transición del modelo de Bismarck al de Beveridge o un modelo híbrido en Ecuador, según se desprende de los resultados de las entrevistas realizadas a expertos, representaría un cambio estructural orientado a garantizar una protección social más inclusiva y equitativa. Su éxito dependerá de la capacidad de implementar reformas graduales, que aseguren el financiamiento del sistema y

de fortalecer las instituciones encargadas de la provisión de servicios. Si se logra gestionar adecuadamente, este cambio podría traducirse en mejoras sustanciales en el bienestar de la población y en una mayor cohesión social, aunque no estará exento de desafíos tanto en el ámbito político como en el económico.

El sistema de seguridad social ecuatoriano, basado en el modelo de Bismarck, permitió la protección de los trabajadores formales, pero presenta limitaciones al excluir a amplios sectores de la población, especialmente aquellos que pertenecen a la economía informal o están desempleados. Este cambio requiere una reforma profunda que vaya del enfoque contributivo exclusivo, hacia un modelo mixto o híbrido que combine elementos contributivos y no contributivos, permitiendo ampliar la cobertura sin afectar la sostenibilidad.

La transición a un modelo universal de protección social, demanda una reforma fiscal que fortalezca los ingresos del Estado, mejore la progresividad tributaria y garantice recursos suficientes para sostener el aumento del gasto social. El éxito para generar este cambio de sistema de protección social, depende de la coordinación entre actores estatales, una adecuada planificación y la implementación progresiva de reformas que integren los distintos subsistemas de protección social.

REFERENCIAS

- Constitución del Ecuador. (2008). Quito: Registro Oficial.
- Coronel-Llamuca, L., García-Medrano, F., Herrera-Quíñonez, A., & Navas-López, I. (2023). Historia de la seguridad social en Ecuador: Breve repaso. *Revista E-IDEA Journal of Business Sciences*, 5(20), 30-41.
- Fleury, S., & Molina, C. (2000). Modelos de protección social. Washington, D.C.: INDES - BID.
- Krippendorff, K. (1990). Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ley de Seguridad Social (Vol. Ley 55). (2025). Quito, Ecuador: Registro Oficial Suplemento 465. Recuperado el 15 de 06 de 2026
- López, W. (enero - abril de 2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144.
- Maitta-Cedeño, K., Ayoví-Bernal, M., & Bernal-Álava, Á. (2024). La red pública integral y los factores determinantes de la salud. *Polo de Conocimiento*, 85(9(1)), 1050-1062. doi:<https://doi.org/10.23857/pc.v9i1.6423>
- OIT. (2025). Informe Mundial sobre la Protección Social 2024-2026: Informe regional complementario para América Latina y el Caribe. OIT. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Patton, M. (1999). Enhancing the Quality and Credibility of Qualitative Analysis. *Health Services Research*, 34(5), 1189-1208.

AUTORES

Marcelo Reinoso Navarro es administrador público y docente universitario con más de 25 años de experiencia en planificación, finanzas, administración, educación y proyectos. Formación profesional como Administrador de la Universidad Central del Ecuador, MBA mención en Proyectos de la Escuela Politécnica Nacional y PHD (C) en Administración por la Universidad Andina Simón Bolívar.

DECLARACIÓN

Conflicto de interés

No tengo ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes ajenas a este artículo.

Notas

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.