



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Campus Comitán

Licenciatura de Medicina Humana



**TEMA:** Ensayo del tema de Sistema de Salud, Modelo Sanitario

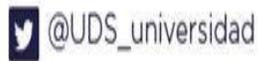
**ALUMNO:** Rosa del Carmen Hernández Hernández

**SEMESTRE:** 1°

**GRUPO:** C

**MATERIA:** Salud Publica

**DOCENTE:** Cecilio Culebro Castellanos



[www.uds.mx](http://www.uds.mx)

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

# Sistema de Salud, Modelo Sanitario

## **Introducción:**

El sistema sanitario de un país lo componen el conjunto de entidades, organismos y recursos tanto humanos como estructurales, el conjunto de servicios sanitarios e instituciones públicas y privadas encargados de la producción de los servicios sanitarios, y sus interrelaciones entre ellos, es decir, las diferentes formas de organización que puede adoptar el sector sanitario de un país de acuerdo con la planificación realizada por sus dirigentes sanitarios.

Los sistemas sanitarios son los instrumentos operativos, la estructura articulada de recursos humanos y estructurales, tanto públicos como privados, que se crean, bien directamente (mercado liberal) o a través de los gobiernos (mercado público) en los diferentes países para operar directa e indivisiblemente con los modelos sanitarios teóricos diseñados y planificados por sus gobernantes, a través de la legislación sanitaria, siendo por ello muy frecuente la confusión entre el modelo sanitario, parte teórica inicial y de desarrollo y el sistema sanitario, que es la parte práctica y de actuación sanitaria en sí.

En la mayoría de los países de la OCDE, la atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte del Estado del Bienestar, entendiéndose la atención sanitaria y el cuidado de la salud como un bien social con el consiguiente compromiso del gobierno del Estado, en un mayor o menor porcentaje de participación, a garantizar un acceso adecuado a dichos servicios sanitarios. Los sistemas sanitarios son producto de la historia y de la cultura de las sociedades en que se desarrollan, y expresan los valores predominantes en las mismas.

## **Modelos y sistemas sanitarios. Qué son y en qué se diferencian.**

El mejor modelo y sistema que podemos aplicar a nivel sanitario en un país o a nivel mundial es una cuestión sometida a debate desde hace muchos años. Antes de entrar en una definición de los más utilizados, cabría hacer una descripción de lo que implica cada una de estas palabras, ya que comúnmente se utilizan como sinónimos aunque en realidad, son conceptos diferentes y es importante remarcar esta distinción. Según la RAE, un Modelo es un “esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. Si nos referimos al sector sanitario, un Modelo se puede definir como “el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”. En el concepto del modelo se determinan aspectos fundamentales como la población que lo va a recibir, quién lo financia, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública y autoridad sanitaria.

Una característica importante de los sistemas sanitarios es que a pesar de todo lo que ofrecen tienen una limitada capacidad de producir salud, aproximadamente un 11%, frente al 89% de capacidad que tienen la carga genética (biología humana), los estilos de vida y el medio ambiente, esto significa que no por invertir grandes cantidades de recursos en un sistema, el nivel de salud de la población necesariamente aumenta en la misma proporción, sino que, paradójicamente, incluso puede disminuir. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo de un país, según la citada Organización, por lo que conocer sus implicaciones y los tipos de sistemas que podemos aplicar es de gran importancia para todos los directivos sanitarios.

Básicamente existen tres modelos de sistemas sanitarios: modelo liberal, modelo socialista y modelo mixto.

### **El modelo liberal:**

también llamado modelo de libre mercado, que es el modelo que impera en los Estados Unidos (EEUU), tiene como características que la salud es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. Sistema liberal, en el que las compañías de seguros privadas compiten entre sí en la oferta de condiciones de cobertura que pueden contratarse o no, libremente. El Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo prácticamente todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos; las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros. El modelo sanitario liberal tiene como ventajas la alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes.

### **Modelo sanitario socialista:**

Que se caracteriza por propugnar una financiación de la asistencia sanitaria en su totalidad por medio del Estado, a través de impuestos o de los presupuestos generales del Estado; por ofrecer cobertura universal y gratuita a toda la población; por ofrecer una cartera de servicios amplia con características de equidad, gratuidad, accesibilidad y universalidad a la población. El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros. El modelo socialista puro sólo se ha dado en los países comunistas, de los que los únicos ejemplos que quedan en la actualidad son Cuba y Corea del Norte.

### **Modelo sanitario mixto:**

(que es el implantado en Europa) en el que hay participación del Estado en su financiación, pero admite y necesita del sector privado

y del sector asegurador para el sostenimiento de los sistemas sanitarios. Este modelo mixto tiene dos variantes, el modelo Bismarck y el Beveridge.

- El modelo Bismarck nace en el siglo XIX en Alemania, a raíz de que los trabajadores industriales se organizaron en cooperativas o sociedades, al principio débiles y, tras la adquisición del derecho de voto, cada vez más fuertes y organizadas. Estas sociedades comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas, creándose las primeras organizaciones gremiales.

En 1883 destaca la figura del canciller Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, estadista, político y burócrata alemán, considerado como el fundador del moderno Estado alemán, apodado «El canciller de Hierro» por su mano dura y determinación, y líder del ala conservadora. Bismarck, en 1862, fue nombrado primer ministro de Prusia, y posteriormente canciller. Durante los diecinueve años que se mantuvo en el poder llevó a cabo una política conservadora, enfrentándose inicialmente a los católicos y combatiendo a la socialdemocracia.

Bismarck, alarmado por el crecimiento del partido socialdemócrata y con la finalidad textual de «cortar las patas al movimiento socialista», convenció al parlamento conservador alemán de la necesidad de aprobar una serie de medidas sociales, entre las que se encontraba la protección parcial de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y vejez. Bismarck, en vez de asegurar estas prestaciones directamente, prefirió que fuesen entidades privadas sin ánimo de lucro quienes recaudasen las contribuciones de empleados y trabajadores y quienes, bajo la tutela estatal, administrasen los fondos obtenidos inicialmente. Este modelo de financiación de las provisiones sanitarias fue popularmente aceptado y el ejemplo alemán fue seguido posteriormente por Bélgica en 1894, por Noruega en 1909, por Gran

Bretaña en 1911, por Rusia en 1912 y por Francia en 1928. Fuera de Europa, Japón en 1922 y Chile en 1924 también adoptaron medidas de cobertura obligatoria para la asistencia sanitaria de los trabajadores industriales.

La depresión económica originada por el crack del 29, despertó aún más la conciencia generalizada de la necesidad de protección, si bien la escasa disponibilidad económica de los gobiernos frenaba los intentos de extensión de coberturas o universalización de la misma. Estas coberturas fueron en general bien acogidas y aceptadas por la clase médica, que se aseguraba con ellas el cobro de unos honorarios que, de otra manera, muchos pacientes no podrían abonar. El primer país en implantar la cobertura universal fue Nueva Zelanda, en 1939, posteriormente Gran Bretaña estableció el primer sistema sanitario de cobertura universal en Europa, el primer Sistema Sanitario Nacional como tal, con la creación del Servicio Nacional de Salud, el National Health Service (NHS) en 1948, siendo William Henry Beveridge, primer Baron Beveridge de Tuggal, economista y político británico uno de los responsables de la creación de los planes sociales avanzados en beneficio de los trabajadores. Se le conoce fundamentalmente por su informe de 1942, Social Insurance and Allied Services (conocido como el «Primer informe Beveridge») que proporcionó las bases teóricas de reflexión para la instauración del Welfare State (Estado del Bienestar) por parte del gobierno laborista posterior a la Segunda Guerra Mundial.

A partir de la posguerra, los demás países del entorno, siguiendo el modelo inglés (modelo Beveridge), comienzan a aumentar las prestaciones y coberturas, llegando a la cobertura universal en muchos países desarrollados y en muchos en vías de desarrollo, como Tailandia que amplió la universalidad de la asistencia en 1995, y que van siguiendo esta tendencia.

El modelo Bismarck como vemos es el más antiguo, y en su época fue el más avanzado del mundo; modelo donde el Estado garantiza

las prestaciones mediante cuotas obligatorias. Este sistema mutualista recogía la tradición de las cajas de seguridad, y los asegurados obtienen las prestaciones a través de las aportaciones de los mutualistas (generalmente aportaciones de trabajadores y empresarios en diferente proporción). Se trata más de una protección al trabajador que al ciudadano. La cobertura de ciertos grupos de no mutualistas como los indigentes suele cubrirse adicionalmente, velando el Estado por la transparencia del sistema y contribuyendo, en muchos casos, al abono de los posibles déficit.

En este modelo Bismarck la red de salud pública queda en manos del Estado, que se constituye a sí mismo en autoridad sanitaria. En principio este modelo garantiza la asistencia sólo a los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no cotizan. Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente España, Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda. Actualmente, todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

- El modelo Beveridge, como vemos es más moderno, surgió en 1948 y es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. La financiación de la sanidad pública, procede directamente de los presupuestos generales del Estado y es prestada asimismo en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La financiación es total o mayoritariamente dependiente de los fondos del Estado. En el caso español, y el de otros países de Europa, como los países escandinavos, Irlanda, Reino Unido, Grecia, Portugal e Italia, el presupuesto sanitario público está fijado por los presupuestos generales del Estado. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y a través de los diferentes procesos de descentralización acaecidos en todos los países también en mano de las comunidades autónomas,

municipios y corporaciones locales. Toda la normativa sanitaria emana del Estado o de los órganos políticos descentralizados, comunidades autónomas y municipios, en régimen de obligado cumplimiento y revistiéndose la Administración política sanitaria como la máxima autoridad administrativa y legal.

## **CONCLUSIÓN**

En conclusión a todos los conceptos investigados, quiere decir que existe notable preocupación por los estudios comparativos de los diferentes sistemas sanitarios. Los conceptos que se manejan no son siempre equiparables, lo que dificulta mucho las comparaciones: las prestaciones no suelen ser similares, los presupuestos pueden incluir diferentes epígrafes, las prestaciones en unos países pueden considerarse sanitarias y en otros sociales. Además, con el tiempo hay también cambios en unos países hacia uno u otro sistema. Por ello, para analizar los sistemas sanitarios lo debemos realizar bajo el examen metódico de sus diferentes componentes, estudiando básicamente su legislación; su estructura organizativa; su modo de financiación; su manera de asignación de recursos; los elementos participantes en acción, es decir, los profesionales proveedores de salud y los pacientes y su interrelación; y, finalmente, estudiar sus sistemas de provisión de servicios.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Salvador, J. C. (01 de ENERO de 2022). *Capítulo 1. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU*. Obtenido de CEF GESTION SANITARIA: <https://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
- UNIVERSIDADES, O. (01 de ENERO de 2022). *Modelos y sistemas sanitarios. Qué son y en qué se diferencian*. Obtenido de <https://www.opemuniversidades.com/2019/11/14/modelos-y-sistemas-sanitarios-que-son-y-en-que-se-diferencian/>