



Universidad del Sureste



Licenciatura en Medicina humana

Fisiopatología

Dra. Axel Guadalupe Ceballos Salas

Cristian Leonardo Velasco Abarca

Campus: Berriozabal, Chiapas

11/04/2025

Introducción

Los modelos sanitarios se presentan de diferentes maneras en los diferentes países, estos se financian de diferente manera y prestan sus servicios a la salud de la población.

Los más destacados en los diferentes países son el de libre mercado o mixto, el modelo de Bismarck y el modelo de Beveridge. Estos reflejan la estructura de financiación y atención también una idea sobre el concepto de los derechos de los ciudadanos de sus respectivos países.

El modelo de libre mercado se caracteriza por su alta participación en el sector privado y es la de menor intervención estatal y suele coexistir con seguros voluntarios o públicos.

El modelo de Bismarck está basado en seguros sociales obligatorios esto financiado por la población de empleados y trabajadores, este les garantiza una cobertura múltiple ante aseguradoras, estas generalmente sin fines de lucro. En su arte el modelo de Beveridge es financiado con los impuestos generales de la población este es un sistema de salud pública, gratuita y universal este es gestionado por el estado.

Modelo de libre mercado (Mixto).

Este modelo es el que más se usa en los Estados Unidos esta es considerada como un bien de consumo, este sistema es el que da acceso a la salud es tratada como un bien de consumo y este no es un derecho que se garantiza por el país. Este modelo sanitario es mayormente presentado por el sector privado y su acceso depende de su capacidad de pago. este modelo constantemente consiste con los seguros públicos que son limitados en este modelo la financiación es privada no depende de impuestos ni por el país ya que su gestión es descentralizada y esta se orienta por su oferta y demanda en este modelo su acceso depende enteramente por el nivel socioeconómico del paciente ya que su participación es meramente privada este está mayormente limitada a personas con un nivel socioeconómico alto. Este modelo es usado mayormente en países como Estados Unidos, algunas regiones de América Latina (como México y parte de Colombia) e India.

Sus ventajas es que en este modelo se estimula la competición en la innovación de su tecnología, también amplía su variedad de sus servicios y opciones para los pacientes que pueden pagar, en este modelo hay mayor eficacia en algunos servicios y opciones para los pacientes que pueden pagar también mayor flexibilidad y su capacidad de adaptarse a los préstamos.

En sus desventajas podemos encontrar su inequidad al acceso ya que este excluye a los pacientes que no cuentan con el nivel socioeconómico adecuado para pagar sus servicios, este sistema es fragmentado y muy difícil de coordinar, este modelo sus costos son muy elevados como en Estados Unidos ya que este modelo es

el que mayormente se usa y por último su falta de regulación esto conlleva a abusos o una sobre préstamos a los pacientes.

Modelo de Bismarck

Este modelo fue implementado por Otto von Bismarck en Alemania en 1883 como parte de su política de unificación y pacificación social este tenía como enfoque el conservar y pragmatizar este está destinado para neutralizar los movimientos obreros para mejorar las condiciones sociales a través del Estado. Las contribuciones van a “cajas de seguros de enfermedades” supervisadas por el estado.

Está basado en su principio de solidaridad entre su empleador y empleado para la subsidiaridad del estado.

Su característica es su financiación a través de cotizaciones sociales, su gestión descentralizada mediante múltiples aseguradoras su acceso es obligatorio para empleados o voluntarios y subsidiados para otros grupos. Su acceso es obligatorio para sus empleadores; que son los que financian este modelo y su participación es pública y privada como hospitales o aseguradoras. Su cobertura es amplia pero estos están condicionados a su afiliación.

Sus ventajas es su alta cobertura en países en donde se aplica también promueve responsabilidad compartida entre trabajador, empleador y estado, su posibilidad da para elegir entre diferentes aseguradoras y hospitales esto da a una

amplia libertad de opciones para elegir, esto también proporciona una fuerte red de servicios generalmente eficientes y con una buena calidad en sus servicios.

Sus desventajas es de que puede generar desigualdades según su capacidad contributiva los costes administrativos pueden ser muy altos esto es debido a la cantidad de pluralidad de agentes también cuentan con diferentes riesgos de segmentación esto a personas sin empleo estable pueden quedar desprotegidas ante este modelo, este no siempre es universal si el estado no subvenciona a los no cotizantes.

Los países que aplican este modelo son Alemania, Francia, Bélgica, Australia, Japón y Suiza.

Modelo de Beveridge

Este modelo fue propuesto por William Beveridge en el Reino Unido en 1942. En este modelo considera la salud como un derecho social para las personas en este se propone un sistema público, universal y gratuito en el punto atención. Este está financiado con los impuestos generales de la población del Estado. Su funcionamiento se basa con la financiación que es a través de impuestos generales el cual normalmente es progresivo, el estado financia, planifica y presta los servicios directamente esto es a través de diferentes redes públicas como hospitales, clínicas y centros de salud. Proporciona atención médica gratuita en distintos puntos de atención aunque puede haber diferentes excepciones menores como copagos por fármacos. En este modelo el ciudadano no elige una aseguradora en este modelo el sistema es único y universal.

Su gestión es pública y centralizada, en este su acceso es universal e igualitario para todos los ciudadanos su participación es predominantemente por el estado, sus servicios son gratuitos.

Sus ventajas son que en este modelo se basó en la igualdad a su acceso de salud, sin importar la situación económica, este simplifica el sistema y reduce los costes administrativos hay un alto control de sus gastos sanitario esto mediado por parte del estado, también proporciona una equidad social y de la atención integral.

Sus desventajas es que hay un alto riesgo de listas de esperas muy extensas esto especialmente en atenciones especiales o quirúrgicas, su posible sub financiación si el gasto público llega a disminuirse y su dificultad para mantener estándares altos en contextos de crisis económica por parte del estado.

Los países que implementan este modelo son Reino Unido, España, Italia, Noruega, Suecia, Dinamarca y Nueva Zelanda.

En conclusión

Estos modelos sanitarios Bismarck, Beveridge y el de libre mercado permiten comprender las diferentes formas financiación y sistema de salud que los diferentes países organizan para garantizar acceso a la salud. Cada modelo refleja una visión ideológica y estructural distinta el papel de financiación de los servicios y el derecho a la atención médica.

Esto nos lleva a que no existe un modelo perfecto si se puede aprender de las diferentes fortalezas y limitaciones de cada uno de estos modelos.

Bibliografía.

https://formacion.uam.es/pluginfile.php/122653/mod_resource/content/1/Tema_7.pdf

<https://www.unir.net/revista/salud/modelos-sanitarios/>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6257944>

https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf