



Pontificia Universidad Católica Argentina
Facultad de Ciencias Económicas del Rosario

Organizan el

IVº Congreso Internacional: "La Escuela Austríaca de Economía en el Siglo XXI"

Ponencia :

"Hayek y la Seguridad Social"

Autor :

Dr. Eduardo Filgueira Lima

efilgueiralima@gmail.com

06, 07 y 08 de Agosto de 2012 - Rosario – Argentina

Resumen :

Se analiza el pensamiento de F. von Hayek en relación a la seguridad social en salud en contraposición a las políticas intervencionistas que se llevaron adelante desde la Socialpolitik iniciada por el Canciller Otto von Bismarck y plasmada por J. M. Keynes.

A su vez se consideran algunas de las particularidades del "bien salud", su complejidad y los resultados tan ineficientes como inequitativos que tenemos hoy en nuestro país como en la mayor parte de los países de la región.

Finalmente se analiza la necesidad de limitar las políticas intervencionistas y se plantea un modelo adaptado a los conceptos actuales en base a las ideas primigenias de F. von Hayek.

Friedrich August von Hayek (Viena, 8 de mayo de 1899 - Friburgo, 23 de marzo de 1992) fue un filósofo, jurista y economista de la Escuela Austríaca, discípulo de Friedrich von Wieser y de Ludwig von Mises. Ha sido uno de los grandes economistas del siglo XX y es considerado por muchos uno de los padres del liberalismo moderno. Fue galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1974.

Abstract :

Discusses F. von Hayek thought in relation to social security in health as opposed to the interventionist policies that were carried out from the Socialpolitik initiated by Chancellor Otto von Bismarck and embodied by J. M. Keynes.

At the same times are considered some of the particularities of the "possession health", its complexity and so inefficient as inequitable results we have today in our country as in most of the countries of the region.

Finally discusses the need to limit the interventionist policies and proposes a model adapted to the current concepts on the basis of the primordial F. von Hayek ideas.

Friedrich August von Hayek (Vienna, 8 may 1899 - Fribourg, March 23, 1992) was a philosopher, jurist and economist of the Austrian school, disciple of Friedrich von Wieser, Ludwig von Mises. It has been one of the great economists of the 20th century and is considered by many one of the fathers of modern liberalism. He was awarded the Nobel Prize in economics in 1974.

Introducción:

A pesar de las críticas al liberalismo de desentenderse de los problemas sociales, al tratar particularmente el tema de la justicia y la equidad social, F. von Hayek expresó la importancia que para él las mismas revestían y ya desde sus primeros escritos, expresa en “Camino de servidumbre” (1944):

“No existe razón alguna para que el Estado no asista a los individuos cuando tratan de precaverse de aquellos azares comunes de la vida contra los cuales, por su incertidumbre, pocas personas están en condiciones de hacerlo por sí mismas (...) como en el caso de la enfermedad y el accidente (...) o víctimas de calamidades como los terremotos y las inundaciones. Siempre que una acción común pueda mitigar desastres contra los cuales el individuo ni puede intentar protegerse a sí mismo ni prepararse para sus consecuencias, esta acción común debe, sin duda emprenderse, (...)...contra unas disminuciones de sus ingresos que, aunque de ninguna manera las merezcan, ocurren diariamente en una sociedad en régimen de competencia, contra unas pérdidas que imponen severos sufrimientos sin justificación moral, pero que son inseparables del sistema de competencia. Esta demanda de seguridad es, pues, otra forma de la demanda de una remuneración justa, de una remuneración adecuada a los meritos subjetivos y no a los resultados objetivos de los esfuerzos del hombre”ⁱ(Pág. 157-159.)

El planteo de F. Hayek deja claramente expresada su convicción que: por un lado no rechaza de plano la intervención estatal en especial en aquellas circunstancias y contingencias derivadas de “azares de la vida comunes que resultan imprevisibles” y de consecuencias indeseadas, pero que la misma debe ser limitada, a casos puntuales porque por otro lado otorga primacía a la libre competencia y a la propiedad privada.

Como respuesta a la crisis del '29 J. M. Keynes, plantea en su obra (1936) por todos conocidaⁱⁱ, y en líneas generales, “*la necesidad de sostener el pleno empleo, mediante la intervención gubernamental – a través de impuestos y la política monetaria – con sustantivo aumento del gasto público a los efectos del incremento de la demanda, (...)* bajo el supuesto que la misma orientaría la oferta de bienes y servicios”.

El pensamiento keynesiano tuvo un gran predicamento y permitió el inicio y consolidación progresiva del así denominado “Estado de Bienestar”.

Al respecto me permito señalar – y en un análisis muy preliminar – que fue Keynes quien realizó la mayor contribución y otorgó los argumentos para que fueran los gobiernos quienes desde el Estado, dispusieran de ingentes recursos para disponer de ellos discrecionalmente, sentando las bases para responder a las demandas según sus propias conveniencias y necesidades, requiriendo implementar políticas monetarias expansionistas, con incremento del gasto público y conduciendo a las consecuencias críticas que hoy en muchas economías podemos observar.

La seguridad social entregada al arbitrio del Estado constituyó finalmente y como predijera desde siempre Hayek una importante fuente de recursos.

Por otra parte ni siquiera el gasto en manos del Estado efectuado resultó el más eficiente, ni necesario, dejando múltiples cuestiones sin resolver. Se echó mano a todos los recursos posibles, en muchos casos se vulneró la libertad, la propiedad privada y se desalentó la inversión (con enormes diferencias entre países). Es decir que la asignación de recursos por parte del Estado Benefactor resultó ineficiente e inequitativa. Pues no existe amenaza más importante a la libertad individual mediante coacción, que la que puede ejercer el Estado a través de su “voluntad de imperio” y el ejercicio de la fuerza, para imponer a todos la disponibilidad de recursos que finalmente el administra.

Como puede observarse las dos visiones resultan contrapuestas: la visión keynesiana plenamente intervencionista y la de Hayek que pretende limitar los poderes del Estado por los riesgos e ineficiencia que ello implicaⁱⁱⁱ. (pp. 82-84).

El pensamiento keynesiano tuvo gran predicamento, y si bien no dio origen al Estado de Bienestar (ya que el camino se inició con la “Socialpolitik” del canciller Otto vonBismarck en el Siglo XIX), sus ideas se fueron expandiendo para beneplácito de la clase política gobernante, como la sociedad en su conjunto, frente a lo se consideraban “conquistas sociales”.

Hayek muchos años más tarde, en *The Economist* escribe refiriéndose a la previsión social: “*La doctrina que propugna la instalación de una red de seguridad que permita recoger a quienes caen, ha sido sustituida por el dogma*

de que es obligado facilitar una justa participación a todos, incluso a los que son plenamente capaces de permanecer en pie”.^{iv}

Y en “Los Fundamentos de la Libertad”^v – escrito en 1960 – realiza en el capítulo XIX, una significativa descripción de la “seguridad social” de acuerdo al rumbo que había tomado ya en ese momento, resultando de suma importancia para conocer su pensamiento lo que en el mismo destaca y que el tiempo se ocupó de corroborar.

No es el caso de hacer una descripción extensa de su escrito pero si poner de relevancia algunas de sus consideraciones más importantes, como que la seguridad social promovida, sustentada y administrada por el Estado: 1) había producido profundas transformaciones en la economía, 2) había dado paso a la corrupción, 3) permitía su uso político, 4) con severos avances contra la libertad, 5) dada su complejidad, su planificación se encontraba en manos de “expertos” identificados casi siempre con los intereses políticos, 6) no es casual que los gobiernos se interesen puntualmente en los seguros de vejez y salud, 7) se permitía la manipulación de la opinión pública, 8) el gasto resulta más gravoso en los países pobres, 9) los seguros de vejez lo único que garantizan es más pobreza para los jubilados, 10) los compromisos “entre generaciones” (inter-generacionales) se ven crecientemente agravados, 11) en salud no parecen tener límites para solventar lo posible o razonable, (lo que finaliza con un deficiente servicio de atención médica), 12) su razón es una encubierta redistribución de la renta que obedece a razones puramente arbitrarias, 13) menciona el Plan Beveridge expresando que con seguridad había sido desvirtuado por los políticos, 14) que una vez instaladas estas “conquistas sociales” son muy difíciles de dismantelar y 15) que sería más justo que cada generación soporte sus propios aciertos y errores.

En este capítulo Hayek se refiere puntual y especialmente a los seguros de vejez, de salud y desempleo.

Es cierto que Hayek se encontraba profundamente preocupado por el sistema comunista instaurado en la URSS y China, pero en gran medida los mismos principios fueron asumidos por países de economías de mercado. Y de diversas formas se instrumentaron sistemas de seguridad social que produjeron resultados diferentes: aquellos con democracias más consolidadas

lograron mejores resultados sanitarios y dieron menos oportunidades a la clase política de generar los “riesgos” sobre lo que advertía Hayek en sus escritos.

Aún así la crisis del Estado de Bienestar (desde 1973 en adelante y progresivamente) trató de corregirse durante los '90 mediante políticas monetaristas que buscaron el equilibrio fiscal, la descentralización entre otras medidas, pero que lograron avances de diferente magnitud según los países y fueron descalificadas peyorativamente con el mote de “neo-liberalismo”. De igual manera los sistemas de seguridad social resultaron una enorme carga fiscal, en especial el sistema de jubilaciones y pensiones, así como los sistemas de salud que alcanzaron en casi todos los países un gasto equivalente entre el 8 y el 10% de su PBI (en algunos casos aún mayores).

El avance del intervencionismo fue creciente – en especial en muchos de los países de nuestra región – con la bandera de un falso “progresismo”, que en realidad se basó en una redistribución de la renta, fundada en principios de “justicia social”.

La Seguridad Social en Salud:

El sistema de salud en la Argentina se desarrolla desde fines del Siglo XIX con las corrientes inmigratorias que provienen de Europa y traen en su bagaje las ideas de asociación y ayuda mutua para la contingencia de riesgos – fundamentalmente: salud y vejez – que eventualmente debieran afrontar dada su imprevisibilidad y por no estar en todos los casos en similares condiciones de prever los requerimientos para su asistencia, contingencias y las consecuencias de tales eventos.

Frente a la necesidad individual de dilución del “riesgo”, frente a contingencias imprevisibles y a las que por cualquier motivo, no han sabido o no han podido resguardar su previsión, el desarrollo y organización de estas organizaciones llamadas de “ayuda mutua” – organizadas por colectividades o de caridad – fue creciendo.

Pero a la par de su desarrollo del también fue creciendo la intervención del Estado, que llegó a considerarse beneficiosa porque permitía ampliar las

demandas (más allá de los limitados recursos que se disponían), ante el supuesto nuevo “responsable”: el Estado de Bienestar.

Así es que las diversas formas de aseguramiento o protección pública – y que justifican la intervención del Estado en el sector salud – surgen y se consolidan concordantemente con la generación de los Derechos Humanos (luego de la Segunda Gran Guerra).

Desde mediados del Siglo XX la conjunción de varias disciplinas (la sociología, antropología, estadística, epidemiología, etc.) permitieron el desarrollo de una nueva ciencia: la “salud pública”. Desde la misma surge una nueva perspectiva que permite convalidar nuevas interpretaciones sobre el bien salud. Las organizaciones internacionales se suman a estas nuevas perspectivas y en 1978 se lleva a cabo la Reunión de Alma-Ata en la que se persigue como objetivo “Salud para todos en el año 2000”. Lejos quedamos de ello.

Con posterioridad se postulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio, que son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000 y que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para 2015. Estos objetivos fueron desarrollados en función de la situación existente en las regiones menos desarrolladas del mundo y en las cuales “otros factores” intervenían para determinar los resultados en salud.

Así fue comprendido desde el “enfoque de riesgo” que permite comprender que: si bien en términos individuales la distribución de la enfermedad es aleatoria, no lo es en términos poblacionales. Esto es decir que de acuerdo a diversas condiciones en las que viven o por las que son afectados diversos grupos poblacionales – vivienda, trabajo, alimentación, educación, transporte, medio ambiente, ingresos, etc. (DSS)¹ – las probabilidades de afectación por enfermedades, incluso difieren en los problemas sanitarios que los aquejan, en su evolución y en sus consecuencias.

Ello permitió argumentar a favor de una necesaria “dilución del riesgo financiero” y posibilitar una creciente intervención estatal, a través de políticas

¹ DSS “Determinantes Sociales de Salud”

públicas que incluyen las políticas sociales, que se encuentran íntimamente vinculadas entre sí y a su vez con el grado de desarrollo social^{vi} (pp. 92-94).

Esto es lo mismo que decir que las “externalidades” de las condiciones de vida afectan las condiciones de salud de diversos grupos poblacionales. De la misma forma que las “externalidades” de la salud tienen repercusión sobre terceros afectados.

Este es un importante problema no bien resuelto por la economía. Desde A. Pigou (pionero de la economía del bienestar), o el Teorema de R. Coase, o la intención de “internalizar las externalidades negativas”, no han logrado respuestas adecuadas para equilibrar efectos no deseados entre fenómenos sociales que se entrelazan como redes de afectación recíproca.

Esto se expresa de manera muy clara con el análisis de indicadores de salud en los que: así como grupos poblacionales en diferentes condiciones tienen resultados marcadamente diferentes (esto es dentro de un mismo país), de igual forma se observan resultados diferentes entre países según condiciones de ingreso (de ingresos “bajos”, “medianos” y “altos”).

Precisamente – y Hayek se refiere en estos mismos términos – son estos conceptos, los que ameritan la necesidad de lograr la universalización de la cobertura (al igual que se exige la cobertura de un seguro a los vehículos). Pero ello no quiere decir que la misma deba ser en la seguridad social monopolizada por el Estado.

En nuestro país en el sector salud, así como en muchos otros – y en desarrollos paralelos –se generaron tres subsistemas (analizados desde la perspectiva de su financiamiento): 1) los financiados por rentas generales (en sus vertientes nacional, provincial y municipal): el sistema público/estatal al estilo Beveridge; 2) los financiados por las cotizaciones laborales (aportes salariales y contribuciones patronales): el sistema de las Obras Sociales, al estilo Bismarckiano y 3) el gasto privado (o directo) que realizan los individuos para la contratación de un seguro privado, (u otros gastos como co-pagos, bonos contributivos, gastos de los hogares, etc.)^{vii}

Resulta particularmente importante destacar que a medida que un sistema encuentra dificultades, la gente se desplaza a otro subsistema que le permita encontrar satisfacción en la resolución de sus problemas.

Pero, por ejemplo en nuestro país, el Estado, inclusive ha intervenido hasta en lo que debería considerarse “contratos entre privados” (como son los seguros de medicina pre-paga) violando la libertad individual de contratación, mediante la Ley N° 26.682 y sus Dtos. 1991 y 1993/2011, de Medicina Prepaga, introduciendo regulaciones además en cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones.

Esta circunstancia determina que aquellos que habían logrado mejorar – porque sus posibilidades de pago se lo permitían – su atención sanitaria se vean perjudicados porque con seguridad verán resentidos los servicios.^{viii}

Esta organización – mucho más compleja aún, que la antes someramente he descrito – permite al Estado a través de sus gobernantes circunstanciales, el manejo de importantes recursos que posibilitan una amplia maniobrabilidad discrecional y que van desde las transferencias del RFCI, a las intervenciones sobre fondos de los seguros sociales (incluyendo el PAMI), generando amigos y “entenados”, pero en todos los casos subordinados al poder central.

Además el sistema se desarrolló mediante un subsidio a la oferta y los resultados financieros y sanitarios de estas políticas llevadas adelante no pueden ser más desalentadores. El sistema de salud en la Argentina – suceden situaciones similares en la mayor parte de los países de la región – se encuentra fragmentado, segmentado (y aunque se declame desde el ámbito político “la importancia de la salud” apenas el 55% del gasto total es gasto público y el resto es gasto privado), esto es decir que muchos que se creen “protegidos” en realidad lo están poco, o no lo están, existe un deterioro general del sistema, superposición de funciones, distorsiva distribución de los recursos humanos y tecnológicos, enormes inequidades regionales, así como dentro de los mismos subsistemas.

Lo anterior demuestra una enorme ineficiencia, así como grandes inequidades entre subgrupos de la población, porque: siendo el país que más gasta por

habitante y por año (u\$s 700,-)^{ix}, no es el país que mejores resultados sanitarios tiene en promedio^x y más aún comparando subgrupos o regiones.

Lo anterior nos remite a un pensamiento de L. von Mises: *“El Estado es una institución humana, no un ser sobrehumano. Quien dice: debería haber una ley sobre este asunto, quiere decir: la fuerza armada del gobierno debería obligar a la gente a hacer aún lo que no quiere hacer. Quien dice: esta ley debería ser puesta en vigor, quiere decir: la policía debería obligar a la gente a cumplir esa ley,... pero cuando el estado interviene en general lo hace mal y por ello - además - finalmente resulta ineficiente, ...”*^{ixi}

Así es como también ha sucedido en el sector salud – como en tantos otros – pero el pensamiento del estado protector y todopoderoso se encuentra profundamente arraigado en nuestras sociedades que soportan estoicamente tanto sus ineficiencias, como las inequidades (de las que tiene poca conciencia), o la coerción sobre sus derechos fundamentales.

Y lo anterior resulta un escollo fundamental para promover un cambio de modelo en el sistema, tal el decir de Hayek *“... una vez que se instaló resulta imposible volver atrás....”*. Se acepta sin restricciones que el Estado debe intervenir en Seguridad, Educación, Justicia, Salud,.... El modelo de intervención no se discute y en ello juega un papel importante la ideología.^{xii}

Lo que no se dice es que en salud debería hacerlo “limitadamente”.

Algunas consideraciones:

La salud se considera un “bien” que tiene componentes públicos (aquellos que no excluyen, ni rivalizan en su consumo) y componentes privados (rivalizan y excluyen). Existen además otros aspectos que siendo privados afectan (por sus “externalidades potencialmente negativas”), a terceros y que por lo mismo hacen al interés general.

Las instituciones que permiten lograr todo tipo de bienes son: o el Estado, o el mercado.

La difusión del pensamiento keynesiano ha convertido al Estado en el gran proveedor (y discrecional administrador), con gran arraigo en nuestra sociedad.

Sin embargo hemos visto las consecuencias a las que nos conducen estas políticas (sin entrar en el análisis de otras de índole macroeconómica).

Los economistas se han ocupado de estudiar las denominadas imperfecciones del mercado, como por ejemplo: las asimetrías de información, la función de agencia, el aseguramiento inter-temporal, la existencia de un “tercer pagador”, el “moral hazard”, la incertidumbre, etc., que en este mercado se hacen particularmente manifiestas, aunque no parecen ser características exclusivas del mercado de la salud, y pueden hacerse extensivas a muchos otros sectores económicos. También se han ocupado de las “externalidades”, pero respecto de las mismas no se han logrado respuestas satisfactorias, y ni siquiera se ha asumido que cumplen un importante papel para definir políticas.

A pesar de que existen otras alternativas, la competencia del Estado – aun no siendo excluyente – debería ser en salud, aún con sus limitaciones, la de maximizar el bienestar social, en particular asumiendo la provisión de los bienes considerados públicos, o financiar la demanda (con libertad de elección del proveedor), de aquellos con incapacidad de financiar su propia asistencia. Pero ello no supone que el Estado deba asumir ni el control monopólico de los recursos del financiamiento, ni el de la provisión.

Es evidente que – para estos postulados – se requiere previamente de una aceptable calidad institucional, cuestión que resulta compleja en nuestro país porque *“...La burocracia gubernamental, por otro lado, tiende al desperdicio y a la corrupción y solamente los dictados políticos le sirven como incentivo para ser eficiente. Los operadores de las agencias públicas solamente deben satisfacer lo que sus superiores necesitan, no lo que necesitan los consumidores, y nunca se preocuparán por ser competitivos, por obtener beneficios o por desempeñarse con un bajo presupuesto para evitar la insolvencia...”*^{xiii}

Los escritos y referencias de F. von Hayek parecerían premonitorios de lo que efectivamente ocurrió después, particularmente en nuestro país.

Resulta lamentable ver que muchos servicios asistenciales solo se mantienen con la buena voluntad y esfuerzo de su personal, dadas sus importantes carencias que conducen a la pérdida de calidad asistencial.

Mientras la clase política maneja los recursos (que deberían a destinarse al sector salud o a la resolución de otros problemas que hemos mencionado como DSS), de manera discrecional, los utiliza políticamente, manipula la opinión pública, incrementa su aparato burocrático (corrupto desde su vértice), permite conductas oportunistas y resulta ineficiente para resolver los problemas de la gente.

La alternativa liberal: (F. von Hayek hoy)

Se debe considerar que todo proyecto que se considere liberal resulta descalificado de antemano, por las razones antedichas y puntualmente porque se consideran “excluyentes” los resultados derivados del accionar del mercado.

Y ello aún a pesar que los resultados sanitarios son esperablemente mejores. Tan es así que respecto de la provisión de la asistencia sanitaria muchos son los que se esfuerzan para sostener sus pagos en un seguro privado. También se estima que el 15% de la población del PAMI (la de mayores recursos), tiene a su vez la cobertura de un seguro privado. Y preguntada gran parte de la población – cuando deja de lado cuestiones ideológicas socializantes – también reconoce que gustaría de poseer una cobertura privada.

Pero es cierto que los pobres existen y personalmente soy un poco escéptico de las acciones de caridad – no porque no sean válidas – sino porque resultan discontinuas por estar sujetas a las posibilidades de terceros.

Todo ello sin desmerecer – sino todo lo contrario – las acciones de ayuda mutua que se llevan adelante por ONG’s, que frecuentemente conocen mucho mejor y desde más cerca que muchos funcionarios públicos, los problemas concretos que afectan a la gente y a los que pueden brindar soluciones. En especial aquellas que obtienen y gestionan sus propios recursos, porque muchas son solo máscaras que intenta lograr subsidios, tercerizar servicios y contrataciones espurias a través del Estado.

Otro planteo que se ha hecho es posibilitar el subsidio a la demanda – en algún caso mediante “vouchers” – cuestión hoy casi innecesaria frente a la incorporación de la nueva tecnología informática. Pero no debe dejar de

reconocerse que este camino es el que posibilita un mayor y mejor ejercicio de la libertad que...“*es un bien instrumental solo donde hay algún valor positivo para la satisfacción del deseo del agente que finalmente es su elección personal de lo que considera una vida buena*”... (pp. 102-104). Y además “*en vez de ser una implantación occidental exótica y corruptora que una sociedad emergente apenas puede permitirse, es una condición previa para crear la riqueza suficiente que permita remediar las necesidades más básicas de los ciudadanos*” (...)^{xiv} (pp. 204)

La perspectiva de que la gente pueda elegir (la voz y la salida) sin encontrarse cautiva de ningún colectivo y que los recursos se canalicen a quien mejor satisfaga sus demandas – generará una suerte de competencia – que obligará a la innovación, mejora de la gestión, como de la calidad de la asistencia.

Nadie niega que el Estado pueda brindar sus propios servicios, pero estos deben aprender a auto-gestionarse (la intención es separar las funciones de financiamiento y provisión), lo que significará incorporar incentivos para su mejora y entrar en competencia con efectores privados que también deberán recorrer el mismo camino.

De cualquier manera hoy frente a las innovaciones tecnológicas y la complejidad del sistema de asistencia, prácticamente casi todos somos pobres, porque estas mismas innovaciones que han permitido tantos adelantos en la asistencia sanitaria, la han encarecido enormemente.

Es así que hoy nos encontramos a una enorme complejidad de problemas y muchos más esperables, dados los cambios demográficos que conducen a nuevos desafíos epidemiológicos (como incremento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas de alto costo tanto por su duración, como por su incurabilidad), lo que quiere decir que: aún siendo válida la postura de Hayek en lo referido a garantizar servicios básicos de asistencia a quienes no se encuentran en condiciones de proveérselos, también es necesario pensar hoy en la dilución del riesgo financiero de aquellas enfermedades derivadas del cambio del perfil epidemiológico y a las que su costo de asistencia las ha hecho inaccesibles.

Todo lo anterior nos introduce en un territorio en el que la propuesta de Hayek sin perder su esencia se complejiza en lo referido a que:

1. Debería garantizarse un servicio básico de asistencia médica, subsidiando la demanda de quienes no se encuentran en condiciones de proveerse la misma por sí.
2. Debería garantizarse la libertad de elección del servicio asistencial – estableciendo la competencia entre prestadores públicos y privados – (la voz y la salida), que redundará en incentivos de mejora para todos los servicios prestadores.
3. Debería establecerse con criterios ciertos y conocidos a quienes se considera en condición de pobreza para ser subsidiado, evitando a su vez que quienes pueden pagarlos, pretendan lograr beneficios sin asumir los costos. (Ibíd.)ⁱ
4. Debería establecerse un Seguro de Enfermedades “Catastróficas” (de alto costo y baja incidencia), subsidiado para quienes se establezca y con costo para quienes tengan posibilidades de afrontarlo.
5. Deberían separarse las funciones financiamiento y provisión.
6. Debería permitirse que quienes así lo deseen y puedan, contraten un seguro privado (pre-pago) de salud, sin interferencias del Estado por considerarse contratos entre privados.
7. Debería universalizarse la cobertura solo con dos subsistemas: Público y de Seguros Privados. Los sindicatos pueden ocuparse de defender los intereses gremiales de los trabajadores, pero nada tienen que hacer ni en el financiamiento, ni en la provisión de servicios de salud. De hecho los seguros sociales hoy en día subprestan, muchos son inviables y en muchos reina la corrupción. Por otra parte esta sería una buena forma de eliminar los impuestos al salario e incorporar a una forma de aseguramiento a los trabajadores informales (que en nuestro país se estiman en el 45%).
8. Debería garantizarse un financiamiento público suficiente para lo que resulta inherente al Estado.

Conclusiones:

Las políticas intervencionistas en salud no han sido las más adecuadas. Sin embargo sus mentores atribuyen los fracasos al mercado o a las políticas monetaristas de los ´90. Parecería que aún reconociendo aquello de lo que son causantes, sus políticas de intervención deberían profundizarse. Sin dudas nos olvidamos que la ideología cumple siempre un importante papel.

También se descalificará en base a que muchas de las propuestas “ya se realizaron” en los ´90. Y yo contesto: “No,... solo se plantearon, sirviendo como discurso de aceptación frente a los organismos de crédito internacionales. Pero la política supo acomodar sus intereses y poco o nada es lo se llevó a cabo.”

Al agravarse las condiciones sociales (DSS) se ha impactado en la situación de salud, (sabemos que nuestro país no alcanzará los ODM para el 2015), pero esto también lo atribuyen al mercado, sin reconocer la causa en el Estado interventor. Peor aún, se explicita en un supuesto modelo de “inclusión”.

El interludio intervencionista debe acabar porque el intervencionismo no puede llevar a un sistema permanente de organización social.^{xv}

Finalmente las alternativas de prestación de servicios de salud que explora F. Hayek parecen ser las más adecuadas, para mejorar la asignación de recursos (eficiencia) y lograr mejores resultados sanitarios.

No existen experiencias prácticas todavía y las dificultades de implementación son muchas, en especial por los conceptos arraigados en nuestra población y el interés subyacente en la clase política gobernante, así como en otros que pueden disponer de succulentas cajas.

La idea central sobre la seguridad social de F. Hayek puede ser un importante campo de investigación, con las necesarias adaptaciones a los desafíos que encontramos en nuestros tiempos..

Bibliografía:

-
- ⁱ Hayek, F. “Camino de servidumbre”. Edit. Alianza, Madrid, 1995.
- ⁱⁱ Keynes, J. M. “Teoría general del empleo, el interés y el dinero”. The Collected Writings of John Maynard Keynes. VII. [Cambridge: Cambridge University Press](#). 1936
- ⁱⁱⁱ Hayek, F. “Principios de un Orden Social Liberal”. 2ª Edición. Unión Editorial, 2010
- ^{iv} Hayek, F. The Economist 15 de marzo de 1958, pág. 918.
- ^v Hayek, F. “Los Fundamentos de la libertad” (Parte III, Cap XIX). UFM, 1975.
- ^{vi} Krause, M. “Economía, Instituciones y Políticas Públicas”. Ed. La Ley (2011)
- ^{vii} Filgueira Lima, C.E. “El Sistema de salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma”. Tesis de Maestría (presentada en ESEADE, 2012)
- ^{viii} Filgueira Lima, C. E. “Lo que esconde la Ley de regulación de los seguros privados de salud” (2011)
- http://eseade.academia.edu/EduardoFilgueiraLima/Papers/1342903/Lo_que_esconde_la_ley_de_regulacion_de_los_seguros_privados_de_salud
- ^{ix} WHO “Composition of World Health Expenditures”, National Health Accounts. Genève, Switzerland. (2008) En: <http://www.who.int/nha/en/>
- ^x OPS “Datos Básicos de Salud”. Washington, DC. (2010). En: Ver <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
- ^{xi} vonMises, Ludwig, “El Estado Omnipotente” (1944)
- ^{xii} North, D. C. “La Nueva Economía Institucional”. Revista Libertas N° 12 (Mayo de 1990). ESEADE www.eseade.edu.ar
- ^{xiii} Brickman, G. “Defending the gunslinger”. Ludwig von Mises Institute (2011). En: <http://mises.org/daily/5836>
- ^{xiv} Knowles, D. “Introducción a la Filosofía Política”. Ed. Océano (2009)
- ^{xv} Von Mises, L. “La Acción Humana” Cap. La crisis del intervencionismo (1949) <http://www.miseshispano.org/2012/05/la-crisis-del-intervencionismo/>