Revista Semestre Económico
Vol. 14, No. 1, Mes enero-julio, 2025
ISSN: 2072-0572 (Versión impresa) | 2523-0840 (Versión digital)
DOI. 10.26867/se.2025.v14i1.179, Pág. 21-34
http://semestreeconomico.unap.edu.pe/index.php/revista/index

ARTÍCULO ORIGINAL

Abuso de poder y riesgo de monopolio en el Sistema de Salud: análisis heterodoxo y ilustración empírica

Power abuse & monopoly risk in Healthcare System: heterodox analysis & empiric illustration

Moshe Yanovskiy[*†] y Yehoshua Socol[*‡]

†Jerusalem College of Technology Havaad Haleumi 21, Jerusalem 91160, Israel; ORCID:0000-0002-7014-0522
‡Jerusalem College of Technology Havaad Haleumi 21, Jerusalem 91160, Israel; ORCID:0000-0003-4167-248X
*Correspondencia al correo: mosheya@jct.ac.il; socol@jct.ac.il

(Recibido 13 de agosto, 2024; aceptado 12 de marzo, 2025)

Resumen

Generalmente, se acepta que el potencial de abuso de poder es inherente a la medicina, especialmente bajo un sistema monopolístico. El caso de los médicos en la Alemania nazi proporciona un ejemplo aterrador de dicho abuso de poder. La historia ofrece ejemplos adicionales de graves abusos de poder por parte de entidades de salud gestionadas por el gobierno. En este artículo, primero analizamos el contexto histórico e institucional del comportamiento de los médicos en la Alemania nazi y luego procedemos a examinar casos de abuso de poder médico en otros países totalitarios. Posteriormente, analizamos algunas tendencias peligrosas en las democracias modernas. Si bien la medicina estatal tiene la capacidad de ofrecer soluciones efectivas en ciertos casos, no debemos pasar por alto los peligros potenciales del abuso de poder y la degradación de la calidad del servicio resultante del dominio estatal en la atención médica. Es cuestionable si las pautas éticas y la educación adecuada por sí solas pueden sustituir los medios institucionales para salvaguardar los derechos de los pacientes. Estos peligros deben analizarse cuidadosamente al determinar la política médica. Por ejemplo, el conocido problema de la asimetría de información entre médicos y pacientes puede mitigarse efectivamente en una sociedad libre con un mercado competitivo de atención médica.
Palabras clave: *salud pública, política médica, abuso de poder, competencia, caridad, ONG.*
Clasificación JEL: *I13, I18, D73, D82.*

Abstract

It is generally accepted that the potential for the abuse of power is inherent in medicine, especially under a monopolistic system. The case of doctors in Nazi Germany provides a frightening example of such power abuse. History provides additional examples of grave power abuse by government-run healthcare entities. In this paper, we first analyze the historical and institutional context of doctors' behavior in Nazi Germany and then proceed to analyze instances of medical power abuse in other totalitarian countries. Subsequently, we examine some dangerous trends in modern democracies. While state-run medicine has the capability to provide effective solutions in certain cases, we should not overlook the potential dangers of power abuse and the degradation of service quality resulting from the state's domination in healthcare. It is questionable whether ethical guidelines and proper education alone can substitute institutional means to safeguard patients' rights. These dangers need to be carefully analyzed when determining medical policy. For example, the well-known problem of information asymmetry between doctors and patients can be effectively mitigated in a free society with a competitive market for healthcare.
Keywords: *public healthcare, medical policy, power abuse, competition, charity, NGO.*

JEL Classification: *I13, I18, D73, D82*

1. Introducción

Es generalmente aceptado que el potencial de abuso de poder es inherente a la medicina (Reis & Wald, 2019). El caso de los médicos en la Alemania nazi proporciona un ejemplo aterrador de dicho abuso de poder. Debemos destacar la sorprendente popularidad del partido nazi (NSDAP) entre los médicos alemanes: el 40% de los médicos se unieron al NSDAP (Kater, 1987), en comparación con el 10% en promedio (Kater, 1983) y el 22% entre los profesores (Jaraush & Arminger, 1989). Normalmente se discuten dos medios para mitigar la amenaza del abuso. Uno se basa en pautas éticas y en la educación adecuada de los médicos (Gallin et al, 2020); el otro es la regulación y control gubernamental apropiados, así como la responsabilidad legal de los profesionales médicos. Sin embargo, planteamos la hipótesis de que, bajo ciertas circunstancias, ambos medios pueden fallar en su objetivo o incluso promover el abuso de poder en lugar de proteger a los pacientes. En este artículo, profundizamos en las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Se puede señalar un contexto institucional detrás del abuso de poder médico en la Alemania prenazi?
- De ser así, ¿existe tal contexto en otros países, incluidas las democracias?
- ¿Observamos tendencias peligrosas en las democracias modernas?
- De ser así, ¿qué se puede hacer?

2. Marco metodológico y teórico

Esta revisión aplica el análisis heterodoxo de la economía austriaca (es decir, Menger, Mises, Hayek, Rothbard, entre otros; Huerta de Soto, 2000; Zanotti, 2012), la Nueva Economía Institucional (es decir, Coase, Buchanan, Tullock, Fogel, entre otros; Buchanan & Tullock, 1962; Brennan & Buchanan, 1985) y su combinación (Sánchez-Bayón, 2022a, 2023a y 2024a-b). Esta síntesis heterodoxa (Sánchez-Bayón, 2022b-c y 2023b-c) se basa en una fundamentación principal (Boettke et al, 2016) y en herramientas y enfoques comunes: el individualismo metodológico (incluyendo al Estado, que abarca otros agentes económicos como burócratas, políticos y grupos de presión; Buchanan & Tullock, 1962; Anderson, 1986), el principio de realismo (estudio realista y positivo, no sesgos normativos y econométricos, como el F-twist o el mathiness; Romer, 2015; Sánchez-Bayón et al., 2023), entre otros.

De acuerdo con este análisis heterodoxo, esta revisión realiza tres tipos o niveles de análisis:

- Análisis comparativo de los sistemas de salud en los siglos XIX y XX.
- Análisis institucional de los sistemas de salud pública en diferentes países, tanto totalitarios como democráticos.
- Revisión narrativa de tendencias alarmantes en las democracias modernas.

3. Resultados

3.1 La atención médica dominada por el Estado en Alemania y el Holocausto

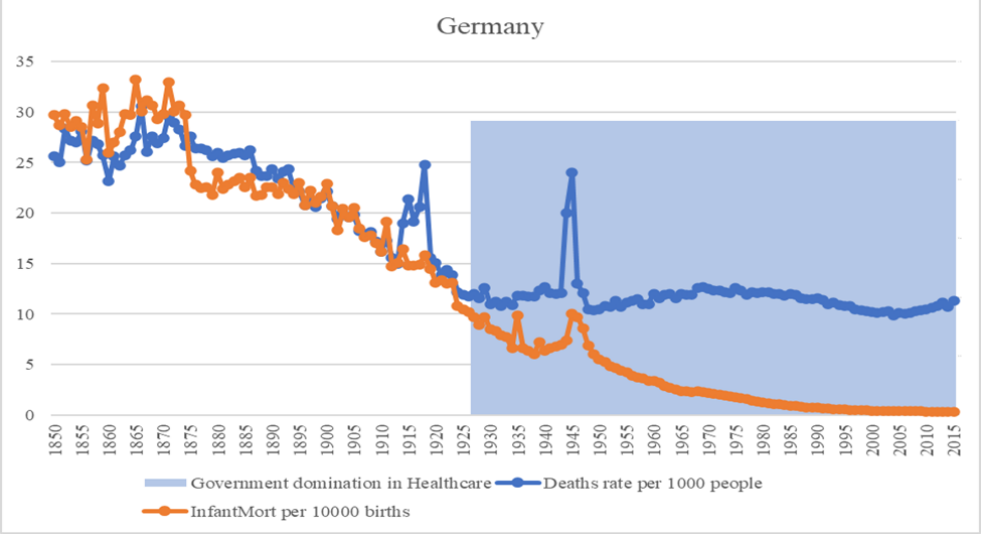
Décadas antes de que Hitler llegara al poder, Alemania tenía una tradición de intervención gubernamental en la atención médica. El seguro de salud estatal GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) fue establecido por Bismarck en 1890 (IQEHC, 2015); el seguro de salud no comercial gestionado por el partido opositor socialdemócrata fue disuelto por motivos políticos (WHO HiT, 2000). En otros países como Gran Bretaña, Francia y Bélgica, los programas de salud estatales se crearon solo después de la Segunda Guerra Mundial; mientras tanto, los programas de salud no comerciales para los necesitados se desarrollaron con éxito (Green, 1993; Rodwin, 2003; OMS, 2004). En Alemania, sin embargo, las políticas gubernamentales promovieron la expansión de la atención médica estatal. La presencia de atención médica gratuita (a expensas de los contribuyentes) influyó en la competencia en la prestación de servicios médicos. Claramente, un proveedor como el GKV, cuyo servicio es gratuito, podía ofrecer

incluso un estándar de atención bajo y aún así disfrutar de una participación significativa en el mercado. Esta participación creció respaldada por el presupuesto estatal. Y en el sector privado, los médicos y los hospitales estaban cada vez más ocupados buscando medios alternativos para mantener o aumentar su participación en el mercado, específicamente, la alianza con las autoridades reguladoras. Finalmente, el GKV cubría a la mayor parte de la población para 1927.

La decisión a largo plazo de adoptar un sistema de salud estatal en Alemania no fue impulsada por una crisis en la atención médica privada. Proponemos que esta elección fue motivada por dos incentivos burocráticos entrelazados: el deseo de expandir el poder discrecional y ganar apoyo electoral para esta expansión (Jasay, 1985), y el objetivo de maximizar el gasto público mientras se mantiene el control sobre los recursos (Tullock, 1965; Niskanen, 1971). Además, en el fondo, en este tipo de intervencionismo hay efectos no deseados y fallos (Sánchez-Bayón, 2023c-d & 2024b-c), así como el riesgo de un gobierno omnipotente (Mises, 1944) y el camino hacia la servidumbre (Hayek, 1944).

Adicionalmente, como se muestra en la Figura 1, la asunción de responsabilidades sanitarias por parte del Estado no condujo a mejoras notables. Esta misma tendencia es evidente en otros países—consulte los casos de Estados Unidos, Reino Unido y Bélgica en los Materiales Suplementarios (Conjunto de Datos [1]). En todos los casos, tras la implementación del control estatal, los costos de la atención médica experimentaron un aumento más rápido que la tasa de crecimiento económico. La extensión de la autoridad de la burocracia sanitaria se ha convertido en un fenómeno prevalente en los países occidentales.

Figure 1. Extensión de la autoridad de la burocracia sanitaria en los países occidentales



Fuente: Mitchell (2007) y Banco Mundial (2023).

Este desarrollo histórico puede explicar el fenómeno de la sorprendente popularidad del NSDAP entre los médicos alemanes mencionado anteriormente. Es decir, en una sociedad libre y con un gobierno limitado, el mercado libre genera una competencia intensa entre los proveedores de servicios, y por lo tanto, el cliente (en este caso, el paciente) es el rey. Bajo la falta de libertad (numerosas restricciones a la competencia), los médicos evitan la competencia y disfrutan de una exención de responsabilidad de facto. Incluso los mejores médicos se benefician de tales circunstancias. La membresía en el partido solidifica las ventajas mencionadas.

Hay otro punto extremadamente importante: el cambio en la percepción que los médicos tenían del

1. http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27312.33285

paciente. La ausencia de responsabilidad desarrolló el hábito de decidir por un paciente no informado, en el mejor interés del propio paciente, por supuesto. Así, se volvieron más abiertos a aceptar una ideología totalitaria, que también legitimaba su poder y, eventualmente, su irresponsabilidad (Reis et al, 2019). Este hábito es difícil de romper, por lo que los médicos comenzaron a tomar decisiones en el mejor interés de la Nación (y del Partido) también, realizando eutanasia en enfermos mentales, entre otros, así como experimentos médicos en prisioneros que causaban sufrimiento, discapacidad permanente y muerte (Wiendling et al, 2016).

Se podría sugerir una explicación alternativa de la popularidad del NSDAP entre los médicos alemanes: los médicos judíos disfrutaban de una participación bastante significativa en el mercado de servicios de salud antes de 1933. El porcentaje de médicos judíos era de aproximadamente el 10%, con una mayor representación en las grandes ciudades, probablemente hasta el 40% en Berlín (Kater, 1987). Por lo tanto, se podría argumentar que los médicos arios podrían haber deseado unirse al Partido para eliminar a los competidores judíos. Sin embargo, en nuestra opinión, esta explicación es bastante débil: la gran mayoría de los médicos se unieron al NSDAP solo después de que Hitler llegó al poder (Kater, 1983), cuando su influencia en la política era nula. Además, las personas (incluidos los médicos) generalmente no están interesadas en la política y tienden a no ver la participación política como un medio razonable para promover sus intereses personales; existe una literatura sustancial en la que los autores se esfuerzan por explicar incluso una participación menor en la política, como el voto (Downs, 1957). Por lo tanto, concluimos que este último factor, el deseo de deshacerse de los competidores judíos, no puede explicar la membresía masiva de los médicos en el partido nazi.

3.2 Abuso de poder médico en la URSS: monopolio total y opresión de disidentes

Debemos mencionar aquí que la negligencia de los disidentes e intereses de los pacientes no es exclusiva de la Alemania nazi (por ejemplo, la legislación de la URSS nunca mencionó los derechos de los pacientes). El derecho a la atención médica gratuita se proclamó de manera meramente simbólica, teniendo en cuenta la pobre calidad del servicio médico para la gran mayoría de los ciudadanos soviéticos (Troshkina, 2014). Las clínicas de salud mental se utilizaban rutinariamente para reprimir a los disidentes; algunos de esos disidentes adquirieron problemas de salud mental reales e irreversibles debido al mencionado "cuidado mental" (Van Voren, 2010; Bonnie, 2022). La revisión más completa probablemente sea la del Grupo Helsinki de Moscú (MHG, 2004), aunque lamentablemente solo está disponible en ruso (para problemas de salud causados por el "tratamiento"). Incluso en la Rusia moderna, donde las personas disfrutan de una libertad incomparablemente mayor que en la URSS, pero la atención médica sigue dominada por el Estado; el problema del abuso de poder médico es de gran preocupación (ibid.).

La extensa intervención del gobierno estadounidense en el financiamiento de los servicios de salud psiquiátrica inicialmente fue impulsada por consideraciones altruistas en la década de 1870. El objetivo era trasladar rápidamente a las personas con enfermedades mentales de las casas de pobres a clínicas psiquiátricas especializadas (manicomios).

A medida que los gobiernos estatales se convirtieron en los principales proveedores de servicios de salud psiquiátrica, los psiquiatras naturalmente heredaron y adoptaron los incentivos inherentes a las operaciones burocráticas, como el cabildeo para obtener más fondos con una responsabilidad y rendición de cuentas limitadas. Este desarrollo provocó una expansión masiva en el número de pacientes en instalaciones gestionadas por el gobierno, más allá del aumento inicial causado por la afluencia de personas desde las casas de pobres (Paserman, 2002). El ritmo de este aumento incluso se aceleró después de la transferencia inicial de pacientes (Geloso & March, 2021, Fig. 1). Geloso y March atribuyen este desarrollo a los esfuerzos eficaces de cabildeo. El número creció a costa de la proporción de pacientes atendidos por familias y asilos financiados de manera privada (caritativa). Los médicos y superintendentes de las instalaciones gubernamentales hicieron esfuerzos notables de relaciones públicas para impresionar a la opinión pública y movilizar más apoyo para la extensión de fondos, actuando bajo un evidente conflicto de intereses. El fuerte aumento en el número de pacientes podría explicarse, al menos en parte, por la motivación de búsqueda de rentas de los médicos y superintendentes de los

manicomios gestionados por el gobierno (ibid.).

El uso extensivo de la lobotomía como tratamiento, incluso después de que los profesionales comprendieran su ineficacia médica, también podría atribuirse a comportamientos de búsqueda de rentas dentro del marco del sistema de instalaciones de atención psiquiátrica gestionadas por el gobierno (March & Geloso, 2020).

Por lo tanto, a pesar de la ausencia de intenciones maliciosas motivadas políticamente, la experiencia estadounidense con instalaciones de atención psiquiátrica gestionadas por el gobierno nos enseña a ser muy cautelosos con la intervención gubernamental a gran escala en los servicios de salud. Dicha intervención podría fácilmente resultar en la reproducción de incentivos perversos, conflictos de intereses y, en consecuencia, en un riesgo moral.

3.3 Extracción de órganos de prisioneros en China (RPC)

Otro peligroso ejemplo de abuso de poder médico se encuentra en la extracción de órganos de prisioneros condenados en China (RPC). La práctica oficialmente admitida de extraer órganos de prisioneros ejecutados ha persistido durante décadas (Hillman & Nathanson, 2001; Stevens, 2017). Se han presentado acusaciones de que, además de otras cuestiones éticas, no solo el proceso de ejecución podría modificarse con la donación en mente, sino que incluso podrían organizarse ejecuciones específicamente para obtener órganos para trasplantes (Cameron, Hoffenberg, 1999). Los funcionarios de la RPC han prometido repetidamente detener la práctica de la extracción de órganos antes mencionada (NBC, 2012; Dai, Xu, 2015). Sin embargo, en la última década se han producido cambios significativos en el sistema político de la RPC. El sistema de controles y equilibrios informales diseñado por Deng Xiaoping colapsó y fue sustituido en 2017 por el gobierno personal ilimitado de Xi Jinping (Georguiev, 2018; Shirk, 2018; Gore, 2019). Estos cambios hicieron que las mejoras fueran menos probables. Si bien el gobierno de la RPC niega las acusaciones de extracción forzada de órganos, la falta de transparencia en la RPC hace que dicha negación no sea creíble; además, existen algunas pruebas directas de abuso de poder médico (Nice et al., 2020).

3.4 Atención médica dominada por el Estado en el Reino Unido: conflicto de intereses y menorcompetencia.

El problema del conflicto de intereses es probablemente inherente a cualquier sistema de salud dominado por el Estado, incluso en democracias consolidadas. Como se mencionó anteriormente, la asunción de responsabilidades sanitarias por parte del Estado no ha resultado en mejoras significativas en ningún país; en cambio, los costos de atención médica han aumentado de manera constante a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico. Lo que resulta aún más relevante es que la expansión de la autoridad burocrática en el sector sanitario se ha convertido en un fenómeno generalizado en los países occidentales.

El caso en el Reino Unido, en el que a los padres se les impidió trasladar a su hijo al extranjero para recibir tratamiento médico (Hammond-Browning, 2017; Wilkinson, Savulescu, 2018), es una advertencia importante. Los detalles del caso pueden encontrarse en los documentos del Tribunal Supremo del Reino Unido (UK Supreme Court, 2017a; UK Supreme Court, 2017b). En este caso, el deseo natural del Servicio Nacional de Salud (NHS) de evitar la competencia generó un grave conflicto de intereses. Dicho conflicto de intereses fue ignorado por el tribunal y se agravó con el uso del poder judicial para decidir en "el mejor interés del niño". Incluso si asumimos que la postura del NHS estaba perfectamente fundamentada desde un punto de vista profesional (aunque existen muchas razones para cuestionar esta suposición (Wilkinson, Savulescu, 2018)), la confianza del tribunal en la opinión de expertos para ejercer un poder extremadamente fuerte, permitiendo que el niño "muera con dignidad" en su mejor interés, crea un precedente sumamente peligroso. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos respaldó la postura del tribunal nacional.l [2]. Un caso reciente similar (UK Supreme Court,

2. En su decisión sobre el caso Gard y otros contra el Reino Unido (demanda n.º 39793/17), el Tribunal Europeo de Derechos

2021) subraya este riesgo.

En el Reino Unido, con su sistema de salud estatal (NHS), existe una práctica (aún secreta, aunque ocasionalmente revelada) en la que ciertos funcionarios gubernamentales reciben atención médica especial (Sparrow, 2003; Tonkin, 2015). En otras palabras, algunos defensores de la atención médica dominada por el Estado admiten abiertamente que, en un estado democrático, "algunos animales son más iguales que otros". Esta interpretación ha resurgido con el actual gobierno socialista de España y su ley pública de bienestar y protección animal de 2023. En la URSS, este tipo de atención médica especial era una política oficial: la agencia correspondiente se llamaba el 4.º Departamento Médico Principal (Voslensky, 1984; DPRF, 2021).

4. Discusión

Aunque existe un consenso generalizado sobre que la atención médica gubernamental tiene muchos problemas, la mayoría de los autores expresan una profunda preocupación por la amenaza que las grandes empresas representan para los derechos personales si eliminamos al gobierno de la atención médica; véase, por ejemplo, Glaeser y Shleifer (2003). En el contexto de esta investigación, las compañías de seguros médicos comerciales y, especialmente, las grandes farmacéuticas (Big Pharma) son frecuentemente señaladas como fuentes potenciales de amenaza a nuestra libertad, tanto directamente como a través de la captura de instituciones gubernamentales. Esta preocupación está muy extendida entre los colegas, y no podemos ignorarla.

Al abordar esta preocupación, debemos señalar la falta de evidencia y la ausencia de pruebas que respalden la amenaza de las grandes empresas. La historia proporciona pruebas de los ataques gubernamentales a las grandes empresas, no al revés (Yanovskiy y Socol, 2023).

La existencia de las grandes farmacéuticas fue causada y continúa siendo reproducida por la pesada carga impuesta por el gobierno, siendo la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) la principal culpable (Philipson y Sun, 2008). Las pequeñas y medianas empresas no pueden soportar esta carga. La capacidad única del gobierno para causar y perpetuar la monopolización del mercado es un fenómeno bien estudiado (Armentano, 1986; De Soto, 1989; Huerta de Soto, 1992; Rothbard, 2002).

Históricamente, antes del establecimiento coercitivo del control gubernamental, la industria farmacéutica era mucho más competitiva que después de la conquista gubernamental. Los servicios de atención médica se proporcionaban en un entorno competitivo por aseguradoras sin fines de lucro, aseguradoras comerciales y organizaciones benéficas. Una parte significativa de los consumidores prefería recibir y pagar los servicios de médicos privados sin intermediarios o agentes para tener un mejor control sobre la toma de decisiones cruciales (Green, 1993).

Cabe mencionar que, cuando la proporción de servicios médicos controlados por el Estado aumenta, cada nueva ronda de competencia tiene lugar en condiciones peores. Mientras que las oportunidades de ganar la competencia sirviendo mejor al paciente se reducen, la alianza con las autoridades reguladoras parece una opción cada vez más atractiva (si no la única) tanto para las empresas como para las organizaciones benéficas. Cuando los proveedores de servicios comparan diferentes opciones para aumentar (o simplemente mantener) su participación en el mercado, las oportunidades políticas y administrativas pueden "superar" los esfuerzos por mantener y aumentar la calidad y la eficiencia del servicio.

El principal efecto secundario peligroso de la expansión gubernamental (que finalmente termina en el establecimiento de un control total y un sistema de financiación de "un solo pagador" para los servicios médicos) es la conversión de los médicos en partes de facto de la maquinaria burocrática. Al mismo tiempo, se les autoriza a representar al gobierno en su interacción con los pacientes. Así, escapan al control de los pacientes y de la sociedad civil. Tanto la asimetría de información (discutida más adelante) como la discreción para proporcionar o rechazar un tratamiento específico empoderan a los médicos

Humanos ha aprobado por mayoría el planteamiento de los tribunales nacionales y ha declarado inadmisible la demanda. La decisión es definitiva. (27 de junio de 2017)

sobre los pacientes. Es, al menos, cuestionable que las pautas éticas adecuadas y la educación médica apropiada puedan sustituir los medios institucionales para salvaguardar los derechos de los pacientes.

Los resultados aterradores del abuso de poder médico en la Alemania nazi se sienten incluso hoy en todo el mundo: de hecho, todo el instituto de la aprobación de Helsinki asume que los investigadores tienen la carga de probar que sus estudios experimentales no tienen nada en común con las prácticas experimentales nazis (Schneider, 2015) y que se llevan a cabo de acuerdo con el código de Nuremberg, incluyendo el consentimiento informado de los pacientes.

Uno de los principales argumentos a favor de la regulación gubernamental de la atención médica es el problema de la asimetría de información (Arrow, 1963; Buck, 2016; Dulleck & Kerschbamer, 2006). Sin embargo, este problema ha sido discutido durante muchos años, tanto en el ámbito de la medicina (Leonard et al, 2013) como en la economía en general (Axelrod, 1970). Se ha demostrado que los fuertes intereses de varias partes interesadas (aseguradoras privadas comerciales y no comerciales, organizaciones benéficas, clínicas privadas) por ahorrar dinero y prevenir daños reputacionales mitigan los riesgos del abuso de poder informativo por parte de los médicos. En una sociedad libre con una fuerte tradición de iniciativas cívicas (Tocqueville, 1835; Olasky, 1994) y un sector privado floreciente, surgen organismos expertos independientes que poseen la experiencia suficiente y la comparten con el cliente o paciente (Sullivan, 2006). Estos organismos pueden ser comerciales, como expertos médicos independientes, por ejemplo, el American Board of Independent Medical Examiners (https://www.abime.org), firmas de seguros y bufetes de abogados. También existen asociaciones médicas no comerciales, como Physicians for Patient Protection (PhysiciansForPatientProtection.org), y organizaciones benéficas como Ezra Lemarpe (https://www.ezra-lemarpe.org/en). Todas estas organizaciones tienen la capacidad de abordar eficazmente el problema de la asimetría de información sin necesidad de control gubernamental.

Otro argumento frecuentemente utilizado es la suposición de racionalidad limitada (o incluso capacidad legal limitada) de una persona promedio (Howard, 1994; Leoni, 1991). De hecho, este es el razonamiento detrás de los seguros de salud obligatorios o los programas de pensiones obligatorias: "Hay personas que no pueden cuidar de sí mismas". Sin embargo, esta suposición no es compatible con los principios básicos de una sociedad libre. Además, en el contexto de la salud pública, el argumento de la "capacidad limitada" es desafiado, por ejemplo, por la historia de los seguros de salud no comerciales británicos (Green, 1993).

Cuando la atención médica está estrictamente regulada, se promueve una legislación cada vez más sofisticada para proteger los derechos de los pacientes. Esta legislación, junto con la suposición de la capacidad limitada del paciente, proporciona a abogados y pacientes fuertes incentivos para extraer dinero de los profesionales e instituciones médicas. No solo los médicos y los hospitales sufren por esta práctica: en tales circunstancias, el seguro de responsabilidad a menudo resulta ser una mejor opción que la inversión en la calidad de la atención médica, lo cual no beneficia a los pacientes. Los abogados claramente se benefician de la expansión legislativa (Leoni, 1991). No es casualidad que las donaciones políticas de los abogados estadounidenses estén claramente sesgadas hacia el ala más "liberal" del Partido Demócrata (Bonica, 2014).

De manera algo paradójica, en ausencia de competencia, incluso la educación de los médicos para la responsabilidad puede tener un efecto contrario. Mientras que la autoridad sin responsabilidad se considera claramente inmoral, la responsabilidad sin autoridad se entiende como inviable (Plant, 2011). Por lo tanto, la demanda de responsabilidad puede traducirse, tanto psicológica como institucionalmente, en una expansión de la autoridad, con el correspondiente potencial de abuso de poder.

Entre las ventajas obvias de una organización de mercado y descentralizada de la economía, se debe destacar su enorme ventaja informativa sobre una organización de mando y centralizada (Kirzner, 1973, pp. 66, 151-169; Mises, 1949). La fuerte motivación de los empresarios y consumidores, a pesar de su conocimiento limitado, conduce con mayor frecuencia al cumplimiento exitoso de un espectro rápidamente expansivo de necesidades y demandas personales. Al mismo tiempo, la economía centralizada de mando ha fracasado rutinariamente incluso al satisfacer las necesidades más básicas, como la alimentación y el vestido. Por ejemplo, el racionamiento de alimentos y la lucha contra el

"especulador" en el imperio ruso en vísperas de la revolución de 1917 causaron interrupciones en el suministro de alimentos en las ciudades más grandes, lo que finalmente resultó en disturbios masivos en marzo de 1917. Esto ocurrió en una de las economías agrícolas más grandes del mundo en ese momento (Yanovskiy, Zhavoronkov, 2016). El colapso económico de la URSS (1991) enfatiza aún más este punto (Gaidar, 2007). Los centros de toma de decisiones de los burócratas y políticos en una economía de mando no solo son impotentes en la práctica, sino incluso en teoría, frente al mercado (Hayek, 1988). El progreso en la medicina está ahora en gran medida asociado con la individualización del tratamiento (Rajpurkar et al, 2022; Bajwa et al, 2021; Schork, 2019). El tratamiento personalizado solo puede realizarse de manera efectiva si se proporciona de manera descentralizada, basado en los fuertes incentivos del paciente y del médico privado. Dicho progreso es, en principio, incompatible con los protocolos de tratamiento impuestos centralmente, ampliamente practicados, particularmente durante la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, las decisiones impuestas centralmente en la medicina no solo violan los derechos individuales y son moralmente problemáticas, sino también profundamente contraproducentes.

En resumen, la dominación estatal en la atención médica plantea varios peligros. Por otro lado, existen múltiples marcos institucionales independientes del Estado que protegen los derechos e intereses de los pacientes a través de iniciativas tanto de mercado libre como sin fines de lucro. Estas instituciones han demostrado su eficacia en diversos países (Green, 1993), incluso en la resolución del problema de la asimetría de información; también protegen a los médicos de los abogados. Disolver estos marcos en aras de una solución gubernamental perfecta es un experimento extremadamente peligroso que bien podría poner en riesgo tanto los intereses de los pacientes como la capacidad de los médicos para cumplir con su misión.

5. Conclusión

Incluso en ausencia de intenciones criminales por parte de un gobierno totalitario, y sin un abuso deliberado, la medicina centralizada agrava la asimetría de información, amenaza los derechos personales y es peligrosamente ineficiente: se trata de un monopolio público sin competencia.

La elección libre y descentralizada de servicios médicos, realizada en un entorno altamente competitivo, mitiga los riesgos del abuso de la asimetría de información, fomenta oportunidades para la recopilación y utilización de las mejores prácticas e incentiva la construcción de reputaciones. Por el contrario, la toma de decisiones centralizada, ejemplificada por los protocolos de tratamiento impuestos por coerción gubernamental, sofoca la realización de estas oportunidades.

Por lo tanto, la capacidad de la medicina estatal para proporcionar soluciones efectivas en algunos casos no debería ocultar los peligros potenciales del abuso de poder y la degradación de la calidad del servicio como resultado del dominio estatal en la atención médica. Es, al menos, cuestionable que las pautas éticas adecuadas y la educación apropiada puedan sustituir los medios institucionales para salvaguardar los derechos de los pacientes. Estos peligros deben analizarse cuidadosamente al determinar la política médica.

6. Contribución de Autoría

Moshe Yanovskiy: Conceptualización, investigación, administración de proyectos, validación, visualización, escritura, revisión y edición.

Yehoshua Socol: Investigación, metodología, visualización, redacción - borrador original, escritura, revisión y edición.

Fuente de financiamiento

Los autores declaran no tener financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

Ackerlof, G. (1970) *The Market for Lemons: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism.* Quart Journal of Economics, 1970; 84(3):488-500.

Anderson, M. (1986) *The Unfinished Agenda: Essays on the Political Economy of Government Policy in Honour of Arthur Seldon.* The Institute of Economic Affairs, London

Armentano D.T. (1986) *Antitrust Policy: The Case for Repeal.* Cato Institute, 1986.

Arrow, K. J. (1963) *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.* The American Economic Review, 53(5), 941–973. http://www.jstor.org/stable/1812044

Bajwa J., Munir U., Nori A., Williams B. (2021) *Artificial intelligence in healthcare: transforming the practice of medicine.* Future Healthcare Journal. Jul;8(2): e188-e194. https://doi.org/10.7861

Boettke, P.; Haeffele-Balch, S.; Storr, V. (2016) *Mainline Economics: Six Nobel Lectures in the Tradition of Adam Smith.* Mercatus Center-George Mason University, Arlington.

Bonica A. (2014) *Mapping the Ideological Marketplace.* Amer J Polit Sci;58(2):367-386.

Bonnie R.J. (2002) *Political Abuse of Psychiatry in the Soviet Union and in China: Complexities and Controversies.* J Am Acad Psychiatry Law 2002;30:136–44.

Brennan, G.; Buchanan, J. (1985) *The reason of rules.* Constitutional Political Economy. Cambridge University Press, Cambridge.

Buchanan, J.; Tullock, G. (1962) *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy.* Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Buck I.D. (2016) *Furthering the Fiduciary Metaphor: The Duty of Providers to the Payers of Medicare.* Calif Law Rev 2016;104(5):1043-1094.

Cameron JS, Hoffenberg R. (1999) *The ethics of organ transplantation reconsidered: paid organ donation and the use of executed prisoners as donors.* Kidney Int 1999;55:724–32.

Dai Shuping, Xu Lingzhong. (2015) *China to stop using organs from executed prisoners for transplantations.* BMJ 2015;350. https://doi.org/10.1136/bmj.h239

De Soto, Hernando. (1989) *The Other Path: The Invisible Revolution in the Third World.* Harpercollins, 1989.

Downs, Anthony. (1957) *An Economic Theory of Democracy.* New York: Harper and Row.

DPRF – Directorate of the President of the Russian Federation. (2021) *Main Medical Department (in Russian).* [online] https://udprf.ru/content/glavnoe-medicinskoe-upravlenie

Dulleck U., Kerschbamer R. (2006) *On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods.* JEL 2006; 44(1):5-42.

Gaidar Yegor (2007) *Collapse of an Empire. Lessons for Modern Russia.* Brookings Institution Press. https://www.jstor.org/stable/10.7864/j.ctt4cg7d6

Gallin S, Chelouche T, Reis S, et al. (2020) *Cultivating awareness of the Holocaust in medicine.* The Lancet;395(10221): 333-334. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32611-X

Geloso, V., March, R.J. (2021) *Rent seeking for madness: the political economy of mental asylums in the United States, 1870 to 1910.* Public Choice 189, 375–404. https://doi.org/10.1007/s11127-021-00890-1

Glaeser Edward L., Shleifer Andrei. (2003) *The Rise of Regulatory State.* Journal of Economic Literature Vol. XLI pp. 401–425.

Gore L.LP. (ed.), Yongnian Zheng (ed.). (2019) *The Chinese Communist Party in Action: Consolidating Party Rule (China Policy Series).* Routledge.

Green D. (1993) *Reinventing Civil Society Rediscovery of Welfare without Politics.* Civitas Institute for the Study of Civil Society.

Gueorguiev Dimitar D. (2018) *'Dictator's Shadow: Chinese Elite Politics Under Xi Jinping'.* China Perspectives 2018; 2018(1-2):17-26. https://doi.org/10.4000/chinaperspectives.7569

Hammond-Browning N. (2017) *When Doctors and Parents Don't Agree: The story of Charlie Gard.* J Bioethic Inq, 14(4):461–468. doi:10.1007/s11673-017-9814-9.

Hayek v. Friedrich. (1944) *The Road to Serfdom.* Chicago: Univ. Chicago Press.

Hayek v. Friedrich. (1988) *The Fatal Conceit: The Errors of Socialism.* University of Chicago Press.

Hillman Harold & Nathanson Vivienne. (2001) *Harvesting Organs from Recently Executed Prisoners.* BMJ: British Med J 2001; 323(7323):1254.

Howard P.K. (1994) *The Death of Common Sense: How Law Is Suffocating America.* N.Y.: Random House.

Huerta de Soto, Jesus (1992) *Socialismo, Cálculo Económico y Función Empresarial.* Madrid: Unión Editorial.

Huerta de Soto, Jesus (2000) *La Escuela Austriaca.* Madrid: Unión Editorial.

Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQEHC) (2015) *Health care in Germany: The German health care system.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/.

Jarausch K.H., Arminger G. (1989) *The German Teaching Profession and Nazi Party Membership: A Demographic Logit Model.* J. Interdisc. Hist.; 2:197-225, p. 201-202.

Jasay A. (1985) *The State.* Oxford: Blackwell Pub. https://oll.libertyfund.org/title/jasay-the-state.

Kater M.H. (1987) *Hitler's early doctors: Nazi physicians in pre-depression Germany.* J. Mod. Hist.; 59(1):25–52.

Kater Michael H. (1983) *The Nazi Party: A Social Profile of Members and Leaders, 1919–1945.* Cambridge: Harvard University Press., p. 181.

Kirzner Israel M. (1973) *Competition and Entrepreneurship.* University of Chicago Press.

Leonard D.K., Bloom G., Hanson K., O'Farrel J., Spicer N. (2013) *Institutional Solutions to the Asymmetric Information Problem Health and Development Services for the Poor.* World Development 2013;48:71-87.

Leoni B. (1991) *Freedom and the Law.* Expanded 3rd edition, Indianapolis: Liberty Fund.

March, Raymond J., Geloso, Vincent. (2020) *Gordon Tullock meets Phineas Gage: The political economy of lobotomies in the United States.* Research Policy, Volume 49, Issue 1, February 2020, 103872. https://doi.org/10.1016/j.respol.2019.103872.

MHG – Moscow Helsinki Group (2004) *Punitive psychiatry in Russia: The report on human rights violations in the Russian Federation during providing psychiatric care (in Russian).* Moscow: The publishing house of the International Helsinki Federation for Human Rights; 2004. https://protivpytok.org/wp-content/uploads/2012/01/ps.pdf, pp 177–196; 337–344; 347–490.

Mitchell B. (2007) *International Historical Statistics: Europe 1750–2005.* London: Palgrave Macmillan.

Mises v., Ludwig (1944) *Omnipotent Government: The Rise of the Total State and Total War.* New Haven: Yale Univ. Press.

Mises v. Ludwig (1949) *Human Action: A Treatise on Economics.* Yale University Press.

NBC News (2012) https://www.nbcnews.com/id/wbna46849651.

Nice, Geoffrey QC, Martin Elliott, Andrew Khoo et al. (2020) *The Independent Tribunal into Forced Organ Harvesting from Prisoners of Conscience in China. Judgement.* 1 March 2020. https://chinatribunal.com/wp-content/uploads/2020/03/ChinaTribunal_JUDGMENT_1stMarch_2020.pdf.

Niskanen W.A. (1971) *Bureaucracy and representative government.* Chicago: Aldine, Atherton.

Olasky M. (1994) *The Tragedy of American Compassion.* Regnery Publishing.

Pressman, J.D. (2002) *Last Resort: Psychosurgery and the Limits of Medicine.* Cambridge University Press.

Philipson Tomas J., Sun Eric (2008) *Is the Food and Drug Administration Safe and Effective?* The Journal of Economic Perspectives, Vol. 22, No. 1 (Winter, 2008), pp. 85–102.

Plant J.F. (2011) *Carl J. Friedrich on Responsibility and Authority.* Pub Adm Rev 2011;71(3):471–482. https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2011.02368.x.

Rajpurkar, P., Chen, E., Banerjee, O. et al. (2022) *AI in health and medicine.* Nature Medicine. 28, 31–38. https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0.

Reis, S.P., Wald H.S., Weindling P. (2019) *The Holocaust, medicine and becoming a physician: the crucial role of education.* Isr J Health Pol Res;8(55). https://doi.org/10.1186/s13584-019-0327-3.

Rodwin, Victor G. (2003) *The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States.* Amer J Public Health; 93:31–37. https://doi.org/10.2105/ajph.93.1.31.

Romer, Paul (2015) *Mathiness in the theory of economic growth.* American Economic Review, 105(5): 89–93. https://doi.org/10.1257/aer.p20151066.

Rothbard, Murray (2002) *History of Money and Banking in the United States: The Colonial Era to World War II.* Auburn, Alabama: The Ludwig von Mises Institute.

Sánchez-Bayón, A. (2024a) *Ortodoxia versus heterodoxias sobre la colonización del Oeste estadounidense por empresas religiosas e ideológicas.* Carthaginensia, 40(77): 117–156. https://doi.org/10.62217/carth.457.

Sánchez-Bayón, A. (2024b) *Revitalización de la disputa del método en economía: revisión científica y docente.* Encuentros Multidisciplinares, 76: 1–14.

Sánchez-Bayón, Antonio (2024c) *Análisis neoinstitucional de la cuestión de género: paradoja y efectos indeseados.* Dixi, 26(1): 1–43. https://doi.org/10.16925/2357-5891.2024.01.01.

Sánchez-Bayón, Antonio (2024d) *Análisis del género como bien público y su función de bienestar social: elección colectiva vs. elección pública.* ATLANTIC REVIEW OF ECONOMICS – AROEC, 7(1): 1–31.

Sánchez-Bayón, Antonio (2023a) *Communist origin of American capitalism: cooperatives in the colonization of the West.* REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos, 144, e87973 (1-12). https://doi.org/10.5209/reve.87973.

Sánchez-Bayón, Antonio (2023b) *Análisis jurídico-económico de la cuestión de género: costes, fallos y paradojas.* Semestre Económico, 12(2), 54–77. https://doi.org/10.26867/se.2023.v12i2.152.

Sánchez-Bayón, Antonio (2023c) *Fallos estatales y paradojas sociales por el intervencionismo en cuestión de género.* Procesos de Mercado. 20(2): 301-342. https://doi.org/10.52195/pm.v20i2.897.

Sánchez-Bayón, A. (2022a) *Gestión comparada de empresas colonizadoras del Oeste americano: una revisión heterodoxa.* Retos Revista de Ciencias de la Administración y Economía, 12(24), pp. 138-156. https://doi.org/10.17163/ret.n24.2022.08.

Sánchez-Bayón, A. (2022b) *De la Síntesis Neoclásica a la Síntesis Heterodoxa en la economía digital.* Procesos de Mercado, 19(2): 277-306. https://doi.org/10.52195/pm.v19i2.818.

Sánchez-Bayón, A. (2022c) *¿Crisis económica o economía en crisis? Relaciones ortodoxia-heterodoxia en la transición digital.* Semestre Económico, 11(1): 54–73. http://dx.doi.org/10.26867/se.2022.1.128.

Sánchez-Bayón, A., Urbina, D., Alonso-Neira, M. Ángel, & Arpi, R. (2023) *Problema del conocimiento económico: revitalización de la disputa del método, análisis heterodoxo y claves de innovación docente.* Bajo Palabra, (34), 117–140. https://doi.org/10.15366/bp2023.34.006.

Schneider Carl E. (2015) *The Censor's Hand. The Misregulation of Human-Subject Research.* MIT Press. https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262028912.001.0001.

Schork, N.J. (2019) *Artificial Intelligence and Personalized Medicine.* In: Von Hoff, D., Han, H. (eds) Precision Medicine in Cancer Therapy. Cancer Treatment and Research, vol 178. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16391-4_11.

Shirk S.L. (2018) *China in Xi's "New Era": The Return to Personalistic Rule.* Journal of Democracy;29(2):22-36.

Sparrow A. (2003) *MPs 'asked to use aliases for VIP treatment on the NHS'.* The Telegraph, 15 Dec 2003. https://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1449464/MPs-asked-to-use-aliases-for-VIP-treatment-on-the-NHS.html.

Stevens S. (2017) *Increasing organ supply: China's exploitation of a vulnerable prison population.* HIR 2017; 38(4):17-18.

Sullivan J.D. (2006) *The medico-legal expertise: solid medicine, sufficient legal and a measure of common sense.* McGill J Med. 2006;9(2):147-151. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2323532/.

Tocqueville Alexis de (1835) *Democracy in America.* English Edition. Edited by Eduardo Nolla. Translated from the French by James T. Schleifer. Indianapolis: Liberty Fund; 2012. (1st published 1835).

Tonkin S. (2015) *MPs get free VIP treatment in single rooms or private areas at an NHS hospital.* Daily Mail 31 Aug 2015. https://www.dailymail.co.uk/news/article-3216792/MPs-free-VIP-treatment-single-rooms-private-areas-NHS-hospital-not-mix-ordinary-patients.html.

Troshkina O.N. (2014) *Actual problems of patients' rights protection in Russia under globalization.* Science. Society. The State 2014; 2(3) (in Russian). https://esj.pnzgu.ru/page/21074.

Tullock, G. (1965) *The Politics of Bureaucracy.* Washington DC: Public Affairs Press. https://doi.org/10.1017/S0003055400138481.

UK Supreme Court. (2017a) *Case No: FD17P00103. Approved Judgement.* https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2017/07/gosh-v-gard-24072017.pdf.

UK Supreme Court. (2017b) *Judgement of the UK Supreme Court in the case of Charlie Gard, 19 June 2017.* https://www.supremecourt.uk/cases/docs/charlie-gard-190617.pdf.

UK Supreme Court. (2021) *Manchester University NHS Foundation Trust vs. Alta Fixsler & Mr. & Mrs. Fixsler. Approved Judgement.* May 28, 2021. https://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Fam/2021/1426.html.

Van Voren, R. (2010) *Political Abuse of Psychiatry—An Historical Overview.* Schizophrenia Bulletin; 36(1):33–35.

Voslensky, M. (1984) *Nomenklatura: The Soviet Ruling Class.* Doubleday.

Weindling, P., von Villiez, A., Loewenau, A., & Farron, N. (2016) *The victims of unethical human experiments and coerced research under National Socialism.* Endeavour, 40(1):1-6. https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2015.10.005.

WHO HiT – World Health Organization Health System in Transition. (2000) *World Health Organization, regional office for Europe, Issue 2000.* Pp. 8-9.

Wilkinson, D., & Savulescu, J. (2018) *The Charlie Gard Case.* In: Wilkinson, D., & Savulescu, J. *Ethics, conflict and medical treatment for children: From disagreement to dissensus*. Elsevier. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835404/.

World Bank. (2023) *World Development Indicators.* https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators (accessed May 2023).

World Health Organization. (2004) *Health System in Transition. France.* WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, p.6.

Yanovskiy, M., & Socol, Y. (2023) *Looks like a conspiracy but is not a conspiracy: Big Pharma or Big Government?*

Zanotti, G. (2012) *Introducción a la Escuela Austriaca de Economía.* Madrid: Unión Editorial.

Zhavoronkov, S., & Yanovskiy, K. (2016) *The Romanov's Empire World War test. Turning over the Pages of Special Journals of Council of Ministers.* Social Sciences and Contemporary World. Interdisciplinary Journal of Russian Academy of Science Issue 4. pp. 109 – 119.