

TRABAJO MEDICO Y SEGURIDAD SOCIAL

DRS. LUIS ULLOA SÁNCHEZ, RICARDO SUBIRÍA, JOSÉ NEYRA, JOSÉ MAX
RAYGADA, ENRIQUE RUBIN DE CELIS Y JORGE FERRÁNDIZ

El Médico y la Seguridad Social. La libre elección.

Fenómeno característico de nuestro tiempo es la preocupación por lo social. Los políticos y los dirigentes en general, han concretado prácticamente esta preocupación en lo que se denomina Seguridad Social, y han despertado en torno de ella una esperanza colectiva. La Seguridad Social podría definirse como la oferta de protección y garantías en todos los aspectos materiales y morales de la compleja dinámica de la vida moderna. Es evidente que la mayor parte de los países del hemisferio occidental apenas han puesto en marcha algunos aspectos de Seguridad Social, si aceptamos la definición anterior. Y, como estos pasos iniciales se han dado siempre mediante la cobertura de los riesgos de enfermedad, accidentes, jamás se ha podido prescindir del concurso de los médicos. Por lo demás, el médico nunca ha sido extraño al destino de la sociedad en la que le ha tocado vivir. Más aún, nuestro oficio, nuestra profesión, es obra de la vida social. Y en todo tiempo la acción del médico se extendió a la colectividad: recuérdense las casas de salud, las enfermerías, los hospitales llamados "de caridad", en los cuales, desde tiempo inmemorial, los médicos actuaron espontáneamente, como verdaderos benefactores. Sin embargo, desde mediados del siglo pasado la salud pública constituye objeto de creciente preocupación y ha movido no sólo a los poderes públicos, sino que progresivamente se ha creado en la comunidad una conciencia sobre la necesidad primaria del cuidado médico.

No es nuestro propósito reseñar la historia de los Seguros de Enfermedad, en cuya evolución constituyen hitos la primera Ley sobre la materia dada por Bismarck en 1883, así como el Plan Beveridge, ori-

ganado en Inglaterra en 1942. Queremos señalar brevemente que los orígenes de la Seguridad Social en el Perú se remontan a los años 1927 a 1933, cuando la Organización Internacional del Trabajo de la cual forma parte el Perú, discutió y aprobó una serie de convenios relativos al seguro de enfermedad para trabajadores, y en base a los cuales el Gobierno del Perú, en Noviembre de 1935, envió al Parlamento un Proyecto de Ley, convertido luego, en Agosto de 1936, en la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, que entró en vigencia en 1941. En Marzo de 1947, el Parlamento del Perú dio la Ley de creación del Seguro Social Obligatorio del Empleado, poniéndose en vigencia el sistema en forma provisional en 1949. En 1958, la promulgación inopinada por el Ejecutivo, del Estatuto del Seguro Social del Empleado, que no tomaba en cuenta ni la Declaración de La Habana en 1946, ni la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial de 1948, motivó una enérgica actitud de protesta del Cuerpo Médico Peruano que desembocó en la primera huelga médica en la historia del país, y que dio lugar a una prolongada lucha por la defensa de los postulados fundamentales del ejercicio de nuestra profesión.

Es de justicia, pues, dejar claramente establecido, que el médico ha estado permanentemente ubicado en el eje de la problemática social, y que ha ejercido tradicionalmente una función social eficaz, cumplida espontáneamente y con buena voluntad. Es pertinente recordar en este momento el espíritu de cooperación con que los médicos peruanos recibimos la ley de creación del Seguro Social Obligatorio del Empleado, disposición claramente expresada en el Artículo 4º de la Declaración de Principios de la Federación Médica Peruana de 28 de junio de 1947, que dice lo siguiente: "Rodear el régimen nacional de Seguridad Social de la cooperación profesional *libre y eficaz* para tornarlo más efectivo, reservando a los médicos el lugar que deben ocupar tanto en la dirección como en la ejecución de los Seguros de Salud". El proceso que siguió luego en el Perú es de una lucha cuya bandera hasta nuestros días, es la defensa de la libre elección.

En la actualidad el Perú cuenta con un importante desarrollo en el campo de la seguridad social y en el futuro los beneficios tendrán que llegar a toda la masa trabajadora del país y a sus familiares. Esta empresa es sin duda una de las más difíciles dentro de los planes estatales, lo que es especialmente cierto en materia de asistencia médica.

Por otra parte, los problemas que se presentaron hace algunos años con motivo de la implantación del Seguro Social del Empleado merecen una solución de tipo permanente, ya que sin duda se han supera-

do, en la práctica, muchas diferencias y el tiempo demuestra, palpablemente, que de parte de la profesión médica ha existido y existe una posición constructiva y de absoluta responsabilidad ante uno de los mayores problemas sociales que tiene el país: la asistencia médica a los ciudadanos, a través de las instituciones de seguridad social.

Es aspiración de la profesión médica del país, de conformidad con las recomendaciones internacionales, de nuestro gremio y de la práctica de muchas instituciones de seguridad social, que la norma fundamental que regule el ejercicio de la profesión médica sea el sistema que garantice al asegurado la libre elección del médico y del centro asistencial en que se otorga la prestación. Los beneficios que para la masa asegurada derivan del sistema de la libre elección son indiscutibles, por estar de por medio un elemento de confianza en el servicio profesional que es reconocido a través de los siglos y que sigue vigente en nuestros tiempos.

Los resultados prácticos de la implantación del sistema de la libre elección en el Perú son satisfactorios y desde el punto de vista económico harían posible la extensión del seguro social a otros grupos de trabajadores de manera más rápida y ajustada a la capacidad del país. Los altos costos de la asistencia médica en los centros operados por los seguros sociales peruanos determinan un retraso en la extensión de los programas de seguridad social; esto último es especialmente cierto en el caso del Seguro Social del Empleado. Bien sabido es que no es posible aplicar sistemas de seguridad social si no están concebidos sobre la base de costos bajos y de acuerdo a la capacidad económica del país. Por ello creemos que las finanzas de los seguros sociales estarán garantizadas con el sistema de la libre elección y que al utilizar este sistema en forma amplia, la iniciativa privada para el otorgamiento de las prestaciones asistenciales, hará posible el rápido desarrollo de la seguridad social sobre una base más firme.

La gran mayoría de la clase trabajadora del Perú no está en capacidad de pagar a los profesionales médicos sumas adicionales a las que reconocerían las instituciones de seguridad social por concepto de honorarios a esos profesionales. Consecuentes con esa realidad y conscientes de que los cálculos actuariales son el fundamento de todo programa de seguridad social, es que se ha propuesto a los poderes del Estado un proyecto de Ley de Bases reguladora del Ejercicio de la Profesión Médica en los programas de Seguridad Social en la que se establece como norma fundamental la fijación de tarifas para el pago de los honorarios a los médicos, y a los centros asistenciales afiliados

a las instituciones de Seguridad Social. Este proyecto en su Artículo 2º dice textualmente: "El sistema fundamental normativo del ejercicio de la profesión médica es el de la libre elección garantizándose a los asegurados el derecho de elegir el médico tratante y el centro asistencial.

Es preocupación fundamental de la profesión médica peruana que el desarrollo de las instituciones de Seguridad Social se ajuste a las normas técnicas más estrictas y aconsejables a efecto de garantizar su exitosa aplicación. Por ello, consideramos que la Ley de Bases propuesta debe regular la acción dentro del campo asistencial de esas instituciones. Por otra parte, es indispensable dar un tratamiento integral al agudo problema hospitalario nacional y procurar su integración de manera orgánica a plazo más o menos corto. La Ley de Bases establece que este principio debe ser norma también en el Sistema Hospitalario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en lo que a asegurados se refiere.

El desarrollo asistencial del país no se debe detener sino que debe incrementarse a través de la iniciativa privada y usando los fondos de las instituciones de seguridad social en forma adecuada; este principio se encuentra reconocido en el Artículo 61º de la Ley 13724 del Seguro Social del Empleado y el proyecto de Ley de Bases lo amplía para hacerlo extensivo a todas las instituciones de Seguridad Social y para ajustarlo a las técnicas modernas que vengán a garantizar las inversiones que con tal motivo hagan las Cajas o Fondos de capitalización de los Seguros Sociales. Creemos que dada la importancia que tienen dentro de la actual organización de la Seguridad Social peruana los servicios que administran la Caja Nacional del Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado, sus servicios asistenciales deben continuar operando bajo la modalidad actual.

Consideramos que la importancia de la participación de la profesión médica en las instituciones de seguridad social determina la necesidad de su participación en los órganos de dirección y de orden técnico de esas entidades. Ya la legislación peruana reconoce este aspecto en la Ley del Seguro Social del Empleado, pero es necesario definir con toda claridad los alcances de la participación de la profesión médica en las instituciones de Seguridad Social.

También es necesario determinar las diferencias de representación entre los problemas de orden gremial y los deontológico y ético. La participación de delegados de los organismos gremiales es de vital importancia para las respectivas profesiones, pero también para garan-

tizar la buena marcha de las instituciones de seguridad social en el campo asistencial.

Por lo expuesto podemos decir que en el Perú, la Medicina liberal de antes de 1936 está cediendo paso a la Medicina Social; y que el Cuerpo Médico Nacional está empeñado en el congelamiento de la prestación directa y el logro de la vigencia plena de la libre elección.

Sabemos que interesa grandemente este Tema, porque se conoce la larga lucha sostenida por la Federación Médica Peruana, máxima institución gremial del país, y se puede afirmar que los médicos no podremos ya cesar jamás en la defensa de nuestros principios. Es ésta una lucha cuyo fin no se avizora, porque las sociedades contemporáneas tienen una dinámica muy compleja y por doquiera surgen embates contra postulados que deberían ser intangibles. Se debe decir que en el Perú está consagrada la libre elección en el Estatuto del Seguro Social del Empleado. Pero es una "libre elección" que no funciona plenamente, que está recortada por vicios de procedimiento y por la existencia simultánea de la prestación directa de servicios en los dos Hospitales de la Caja del Seguro del Empleado y que, como ya se manifestó, se está decidido a congelar.

Con la mirada proyectada hacia el futuro vemos una cooperación creciente entre los médicos y los organismos estatales, pero es bueno recalcar que esta cooperación tiene que ser sobre la base de un Seguro Social que contemple la libre elección. Conviene, a este propósito, recordar que en algunos países estructuralmente socialistas los médicos han conservado la prerrogativa de ser libremente elegidos por sus pacientes, —tal es el caso de Suecia—, y que, en otros, —como Yugoslavia—, donde se socializó integralmente la Medicina, se ha dado un golpe radical volviendo a la libre elección.

En este punto se nos podría plantear la cuestión de como "operar" eficazmente un seguro de enfermedad basado en la libre elección. Nos parece útil al respecto comentar cómo funciona el sistema en Alemania Federal. Escuetamente, la situación es así: El 80% de la población del país está comprendida dentro del Seguro de Enfermedad, que es obligatorio para todos los obreros y empleados con ingresos inferiores a dólares 150 mensuales, y facultativo para quienes gozan de ingresos superiores. La asistencia médica se otorga en los consultorios y clínicas particulares; la Caja del Seguro no es propietaria de ningún hospital. El 80% de los médicos está afiliado al Seguro y acepta ajustarse a los honorarios que éste paga según los distintos tipos de servicios médicos; las clínicas ofrecen un servicio denominado de 3ª clase

que se ajusta a lo que paga la Caja. El principio de la libre elección de médico y de clínica se mantiene en toda su vigencia. Cuando el asegurado enfermo requiere hospitalización ingresa a la 3ª clase de una clínica, donde es tratado sin ningún costo para él; si el asegurado desea atenderse en la 2ª o 1ª clase, paga de su peculio la diferencia del costo de hospitalización y todos los honorarios médicos. Con este sistema se ha logrado la armonía entre los médicos y la Caja del Seguro-Enfermedad. Es este, a nuestro juicio, un patrón de sistema en el cual se mantiene la esencia de la libre profesión y la tradición hipocrática.

El control en la libre elección.

Aceptar la libre elección en un Seguro Social, trae consigo la necesidad de que el sistema garantice al asegurado, al médico tratante y a la misma Institución de Seguridad Social, un servicio eficiente.

Esto sólo es posible si existe una forma de control que, sin representar intromisión en el coloquio médico-paciente, fiscalice la calidad del desempeño profesional.

En el Perú el sistema de control existente en el Seguro Social del Empleado, y que viene practicándose desde su creación, es inadecuado e insuficiente, a pesar de las modificaciones introducidas tratando de mejorarlo.

Pero hay que señalar que la Ley 13724 (del Seguro Social del Empleado) contiene disposiciones eficientes como las del Art. 76 que aún no han sido aplicadas ya que la reglamentación, bastante compleja, solo ha podido ser concluida recientemente.

Estas disposiciones se refieren principalmente al método que se ha de seguir al aplicar total y completamente la libre elección; señalan entre otras cosas:

a) La afiliación profesional, la afiliación de hospitales y clínicas y la de farmacias y boticas.

b) La no participación del asegurado en el costo de los medicamentos, salvo los no contenidos en el petitorio.

c) El pago directo a quienes presta el servicio, sea cual fuere el acto médico realizado.

d) La existencia de tarifas ajustables de acuerdo al costo de vida.

Que nada de lo señalado puede ser aplicado efectivamente sin debido control, es una verdad evidente, comprendiéndolo así el Seguro Social ha determinado que en la libre elección se aplique la Auditoría

Médica, que no es sino la evaluación de la calidad del desempeño profesional, como sistema fundamental de control.

De acuerdo al proyecto aprobado el sistema de Auditoría, servido y desarrollado en función del sistema de libre elección peruano, será hecho por comisiones mixtas integradas por médicos funcionarios y por médicos tratantes elegidos a través de la Federación Médica.

Libre elección - Prestación directa. Aspecto económico.

El proyecto de ley de bases que regula el ejercicio de la profesión médica en los programas de Seguridad Social aprobado recientemente por la Federación Médica Peruana y presentada a los Poderes Públicos contempla la dualidad de sistemas de prestación de Seguro-Enfermedad para los empleados de nuestro país y, al señalar enfáticamente que el sistema fundamental es la libre elección, propugna que las Instituciones existentes entre nosotros (Seguro Social para Obreros y Empleados) no deben construir en el futuro edificios asistenciales propios, sino volcar sus recursos económicos a mejorar la atención bajo la libre elección.

Antes de exponer el aspecto económico de la prestación directa y de la libre elección, es necesario incidir sobre un aspecto del funcionamiento de ambos sistemas que creemos representa un factor de pérdida económica considerable para el país. Nos referimos concretamente a:

a) El procedimiento lento y complicado que se sigue para el pago de los reembolsos a los asegurados en los oficinas de la Caja del Seguro Social del Empleado, y

b) La deficiente atención que se da a los enfermos, bajo la prestación directa, en los consultorios externos de los Hospitales del Seguro Obrero y del Empleado debido a la enorme afluencia de pacientes.

En uno y otro caso, el público pierde muchas horas para ser reembolsado o atendido, que representan horas de trabajo perdidas para la producción nacional. Para evitar este grave problema económico es que la Ley de Bases de la Federación Médica Peruana sostiene el pago de los honorarios directamente al médico tratante afiliado.

Ahora bien, para efectuar un análisis cuidadoso estadístico de los costos de hospitalización, consulta médica y consulta odontológica en la prestación directa como en la libre elección, no ha sido posible obtener, particularmente en la prestación directa, los datos suficientes que permitan instrumentalizar y obtener, por tanto, el costo del día-cama,

hora-médico, hora-odontológica, hora-enfermera, etc. Por ello es que se presenta en un intento de estudio comparativo únicamente los costos totales en las diferentes acciones de salud en ambos sistemas.

Es necesario anotar que al comparar la marcha económica de la Caja circunscribiremos las apreciaciones al Seguro Social del Empleado.

Este estudio incide sobre las sumas pagadas en la libre elección y en la prestación directa en un período de cinco años que abarca de 1959 a 1964 inclusive. Se señala también el número de atenciones tanto en consulta externa y hospitalización así como el número de consultas odontológicas en ambos sistemas y en el mismo período de tiempo.

Examinando la Tabla N° 1 que corresponde a la libre elección vemos que en 1959 se gastó la suma de 119,170.000 soles, que se descomponen en 51,945,000.00 para la hospitalización (pago de clínica, medicamentos, honorarios médicos, gastos administrativos) y 60,660,000 para la consulta médica. Para la consulta odontológica se gastó 6,565,000.00 soles. El número de atenciones fue: para la hospitalización 121,952 estancias; 378,827 consultas médicas y 168,057 consultas odontológicas *.

Veamos lo que sucedió el mismo año en el sistema de la prestación directa en la Tabla N° 2. El gasto total fue de 92,210,000 soles. Hacemos hincapié que esa suma solamente fue gastada en el Hospital Central de Lima mientras que las cifras de la prestación libre se refieren a toda la República.

El número de estancias en el Hospital Central de Lima fue de 172,914 (Tabla N° 3); el de consultas médicas fue de 294,153 y el de odontológicas de 85,213.

Para el sistema de la libre elección hemos podido obtener las cifras de costo unitario por atención, no así para la prestación directa. De esa manera, ya en la Tabla N° 1 se observa que el costo de estancia diaria hospitalaria en la libre elección fue de 425,95 soles; el de consulta médica 160,15 y el de consulta odontológica de 39,10 soles.

De otro lado, si aplicamos el costo unitario obtenido para la libre elección al número de atenciones de la prestación directa se hubiera gastado la suma de 124,093,149.50 soles, es decir, una cifra superior a la que se gastó realmente. O sea que, aparentemente, ese año de 1959 que nos hemos detenido a comentar, la prestación directa fue más barata que la libre elección.

Y decimos aparentemente porque el número de atenciones en total (hospitalización, consulta médica y consulta odontológica) fue menor

* Las tablas del N° 1 al N° 4 no han sido entregadas al Editor.

en la prestación directa que en la libre elección (552,280 en la prestación directa contra 668,836 en la libre elección). Además, los gastos burocráticos no se habían incrementado tanto como ha ido sucediendo en años sucesivos como se apreciará en la Tabla N° 5.

Hay que tener en cuenta asimismo un hecho fundamental y es el número de población servida por ambos sistemas. Actualmente el número total de asegurados en el Seguro Social del Empleado asciende a en toda la República; para Lima y Callao se tiene y para Arequipa asciende a *.

De aquí se puede deducir que inclusive gran número de personas han abusado demás de los servicios de la prestación directa para la consulta médica, por ejemplo, pues, un simple cálculo matemático podría darnos gran número de consultas año en los Hospitales de Lima y Arequipa, número que sobrepasa al aceptado internacionalmente.

Tabla N° 5. Comparación de los gastos totales (hospitalización y consultas) en la prestación directa y en la libre elección. 1959 - 1964

Año	Prestación directa (Lima - Arequipa)	Libre elección (Toda la República)
	Gasto total (soles)	Gasto total (soles)
1959	92,210,474.80	119,170,000.00
1960	120,001,209.00	154,683,000.00
1961	145,127,220.11	188,407,000.00
1962	192,064,695.05	201,993,000.00
1963 *	291,675,218.49	211,329,000.00
1964	315,904,800.85	218,428,000.00
TOTAL	1'157,983,118.30	1'094,010,000.00

Diferencia: 63,973,000,00

* Año que inicia su funcionamiento el Hospital Reg. de Arequipa.

Se aprecia en esta Tabla que desde 1963, fecha en que se pone en funcionamiento el Hospital Regional de Arequipa, los gastos de la prestación directa sobrepasan ampliamente a los de la libre elección que rige en toda la República. Es de suponer que en 1965 esta diferencia se haya acentuado aún más.

* Estos datos no han sido llenados por los autores en el original.

Tabla Nº 6. Número de atenciones

Años		Prestación directa	Libre elección
1959	Hospitalización:	172,914	121,952
	Consulta médica:	294,153	378,827
	Consult. Odontológ.:	168,057	168,057
	TOTAL	552,280	668,836
1960	Hospitalización:	207,964	154,363
	Consulta médica:	335,052	478,004
	Consult. Odontológ.:	90,885	203,400
	TOTAL	633,901	835,767
1961	Hospitalización:	222,181	186,736
	Consulta médica:	344,749	574,919
	Consult. Odontológ.:	90,209	215,114
	TOTAL	657,139	976,769
1962	Hospitalización:	241,369	179,329
	Consulta médica:	381,425	583,593
	Consult. Odontológ.:	98,247	246,828
	TOTAL	721,041	1'009,750
1963	Hospitalización:	267,896	176,189
	Consulta médica:	448,783	609,009
	Consult. Odontológ.:	105,797	263,142
	TOTAL	822,476	1'048,340
1964	Hospitalización:	282,870	173,278
	Consulta médica:	483,267	615,512
	Consult. Odontológ.:	101,398	266,571
	TOTAL	867,535	1'055,367

Vemos también el número de atenciones en los mismos años estudiados las que están representadas en las Tablas 1 y 3 pero que aquí las extractamos (tabla Nº 6).

Comentando las cifras anteriores que apoyan nuestro punto de vista vemos, pues, que desde el comienzo del funcionamiento de un nuevo servicio propio de la Caja, el Hospital del Empleado de Arequipa, los gastos por prestación directa sobrepasan largamente los de la libre elección con número de atenciones menor en su conjunto.

Como se ha dicho, si aplicáramos el costo unitario de la libre elección al número de atenciones de la prestación directa obtendríamos costos que señalamos antes y que están detallados en la Tabla N° 4 pero que las extractamos aquí para mayor claridad:

Años	Prestación directa Gasto efectivo (soles)	Gasto teórico aplicando costo de la libre elección (soles)
1959	92,210,000	124,093,149.50
1960	120,001,209	149,049,266.80
1961	145,127,220.11	158,442,733.95
1962	192,064,695.05	189,713,084.70
1963	291,675,218.49	251,770,918.10
1964	315,904,800.85	278,228,452.95

De aquí deducimos que la libre elección, además de los aspectos filosóficos y de doctrina médica, resulta más ventajosa en el aspecto económico que los servicios otorgados por la prestación directa.

Habría sido interesante completar el estudio haciendo comparaciones en el costo unitario por atención médica tanto en hospitalización, consulta médica y consulta odontológica entre los servicios de libre elección y los de prestación directa. Los de la libre elección los tenemos señalados en la Tabla N° 1, pero desgraciadamente no hemos podido obtener los costos unitarios para la prestación directa. Las cifras que se nos han suministrado son globales de las Memorias anuales de la Superintendencia del Hospital de Lima y no indican los costos unitarios. En general, las cifras resultan falseadas por malos cálculos seguramente, pues, es imposible aceptar las que señalan algunos Informes. No es sólo el gremio médico el que hace esta aseveración sino también Comisiones de Consejeros del propio Seguro Social del Empleado asesoradas por técnicos internacionales. A manera de ilustración consignamos algunos datos del estudio efectuado para la Comisión Especial Investigadora del Seguro Social del Empleado por el Técnico Actuarial de la OEA Dr. Jorge Brenes y que para 1963 calcula:

Costo unitario

Año		Libre elección	Prestación directa
1963	Hospitalización	492,50	399,06 hasta setiembre 455,66 proyección a dcbre.
	Consulta médica	186,40	259,78 hasta setiembre 231,14 proyección a dcbre.

Y dice Brenes, textualmente, en su Informe a la Comisión Especial: "La proporción entre el costo de la consulta externa y la hospitalización no es razonable y por ello se puede afirmar que existe un error. Los costos de estancia diaria hospitalaria deben ser mayores que los que se apunta..." y como conclusión señala:

"a) La información suministrada no permite un análisis completo.

b) No se debe estudiar costos si no se conocen sus dos componentes fundamentales: consulta y estancia diaria.

c) Es indispensable la adecuada organización de la Contabilidad de costos del Hospital y

d) Las cifras suministradas por el Hospital Central no *parecen ajustarse a la realidad* por la desproporción demostrada que existe entre la Consulta Externa y la estancia diaria hospitalaria".

Y para el Hospital Regional de Arequipa el mismo Informe Brenes, a base de cifras estimadas da los siguientes datos:

Año	Consulta externa	Hospitalización
1963	150 (aceptable)	1,120,02
	200 (aceptable)	996,10
	250 (máximo)	872,17

Vemos, pues, que ni el mismo Técnico Actuarial del Seguro Social del Empleado, autoridad reconocida y de solvencia remarcable, ha podido obtener costos unitarios para los Hospitales de Lima y Arequipa. Las cifras son estimadas y evidentemente más altas que para la libre elección.

CONCLUSIONES

1º La seguridad social ha determinado un cambio en el trabajo médico; más aún, es un eje alrededor del cual giran actualmente los problemas del médico.

2º Es fundamental mantener dentro del Seguro de Enfermedad la libre elección de médico y de clínica a fin de que el servicio se realice en la mejor forma para la colectividad.

3º Todas las instituciones de Seguridad Social deberán ajustar su acción asistencial a las siguientes normas:

a) Su desarrollo estará en función de la capacidad económica del país y de los recursos humanos y materiales en el orden asistencial.

b) La extensión del seguro a nuevos grupos de población o a nuevas zonas del país obedecerán a un orden de prioridades en la necesidad de protección; y

c) Mantendrán sus coberturas dentro de los límites señalados en los estudios actuariales.

4º Los médicos deben afiliarse al Seguro Social a través de sus organismos gremiales.

5º Un peligro que siempre acecha es la burocratización de los Seguros Sociales que deviene, inevitablemente, en una línea ofensiva para el buen funcionamiento de la libre elección por arbitrariedades en el control, papeleo exagerado, etc., lo que resulta en incomodidad y malestar para el asegurado enfermo.

6º Son requisitos para que la libre elección funcione realmente:

a) El pago directo al médico por la Caja; b) Tarifas por acto médico justas y reajustadas automáticamente según el alza del costo de vida.

7º Es deseable un adecuado control que evite el fraude y el despido. Este control debería ser realizado por personal médico idóneo.

8º La prestación directa tiene una cobertura menor (Lima y Arequipa) que la de la libre elección (toda la República).

9º El costo de la prestación directa es más alto que el de la libre elección.

10º El costo de la prestación directa sufre incrementos marcados anuales en tanto que el incremento de la libre elección es pequeño.

11º Creemos haber probado que es más conveniente para el país, para los asegurados y para el Seguro del Empleado, así como para el mantenimiento del principio de la libre elección defendido por la clase médica, que los Seguros Sociales, en particular el del Empleado para el caso que nos ocupa, deben cesar la construcción de servicios de prestación directa y, por el contrario, dedicar sus recursos económicos a robustecer los de libre prestación que ha demostrado ser más conveniente para la Institución, los enfermos y los médicos en general.