

Instituto Nacional
de Salud Pública

Hacia la desvinculación de la seguridad social en salud del mercado laboral. Evidencia, propuestas y retos de gobernanza

Presentación al CCE

Ciudad de México, 16 de febrero de 2018

Equipo de investigación

- Investigador principal
 - Miguel Angel González Block, Universidad Anáhuac
- Co-investigadores principales
 - Nelly Salgado, INSP
 - Víctor Hugo Borja, Titular, Unidad de Atención Primaria a la Salud, IMSS
- Investigadores
 - Svetlana Doubova, Coordinación de Investigación, IMSS
 - Germán Guerra, INSP
 - Emilio Gutiérrez, Evisys
 - Blanca Pelcastre, IMSS

Objetivos

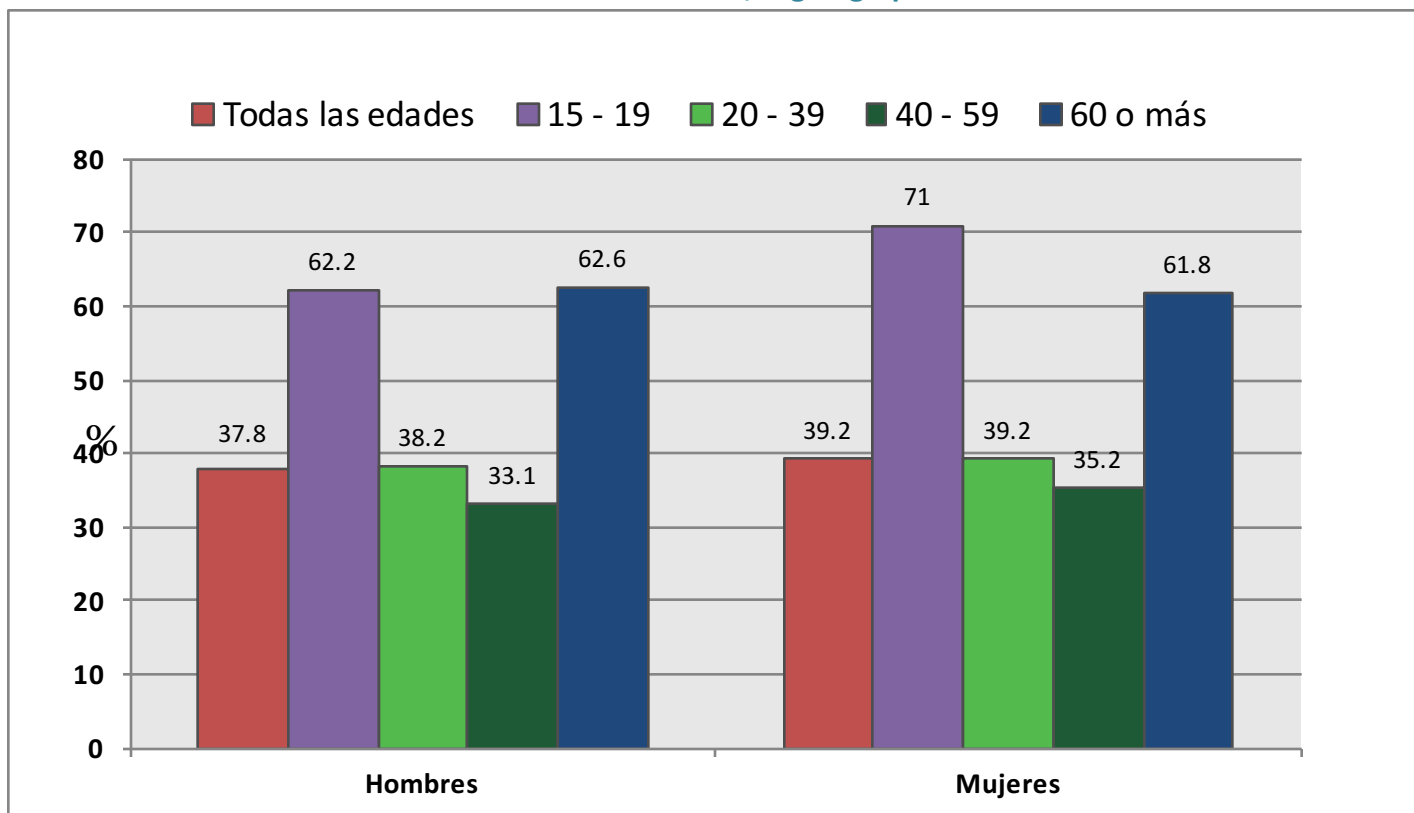
- Determinar el volumen, intensidad y características socioeconómicas de la rotación laboral de los afiliados al IMSS
- Determinar el impacto de la rotación en la calidad de atención y resultados clínicos de pacientes con diabetes
- Mapear los patrones de atención a la salud de pacientes con diabetes en rotación laboral
- Elaborar recomendaciones y analizar su factibilidad

La pérdida de derecho de acceso a servicios médicos es un riesgo inherente a los trabajadores afiliados al IMSS

- La diabetes afecta al 9.1% de la población Mexicana
 - incluye gran proporción de personas en edades activas
 - impone una alta carga económica a la sociedad*
- Definición de la rotación laboral en salud
 - Pérdida de acceso al IMSS dos meses después de la baja (Art 109 Ley del IMSS)
- Pueden afiliarse al Seguro Popular, ingresar a otro esquema de seguridad social, o pagar por la atención médica privada
- Aun con acceso a servicios alternos, los pacientes crónicos enfrentan el riesgo de la discontinuidad de la atención de la salud

La rotación laboral en un año es de 38.3% para todos los afiliados. Afecta más a las mujeres de 20 a 39 años y a las personas de 60 años y más

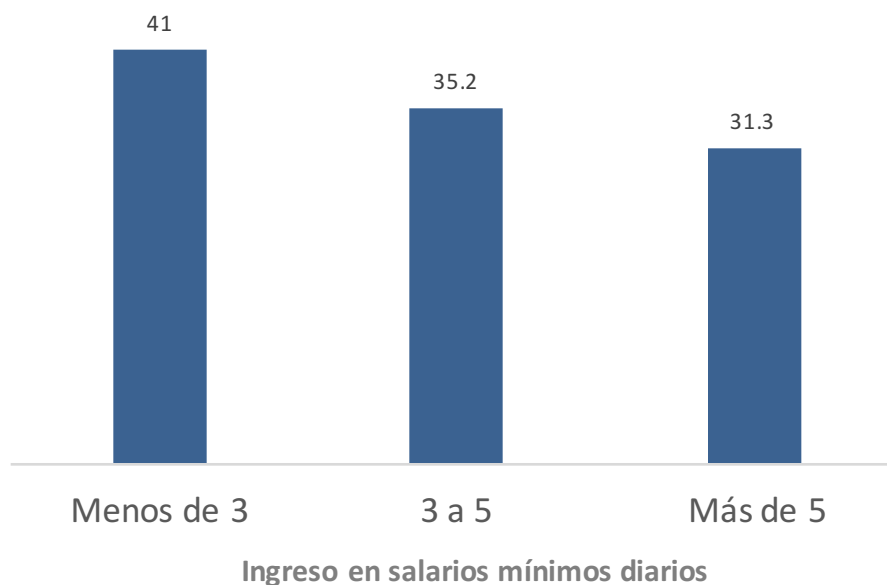
Porcentaje de trabajadores afiliados al régimen obligatorio que perdieron el acceso a servicios de salud del IMSS en 2014, según grupo de edad



Fuente. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2014. n=8,345

La rotación laboral afecta a trabajadores de todos los niveles de ingreso, pero más a los de menores ingresos

Porcentaje de trabajadores afiliados al régimen obligatorio que perdieron el acceso a servicios de salud del IMSS en 2014, según nivel salarial



El impacto en salud se estudió con bases de datos robustas, si bien sólo para la Ciudad de México

La muestra incluyó 27,217 pacientes

Registros de
afiliación

- **Tiempo (en días) sin derecho a atención médica en el IMSS debido a la pérdida de empleo en el mercado laboral formal**

Expediente clínico
electrónico y
registros digitales
de pruebas de
laboratorio

- **Calidad del proceso de atención de salud**
- **Calidad de los resultados de salud**

Las mujeres están particularmente representadas, así como personas en edad productiva.

Características sociodemográficas e información del tiempo sin derecho a la atención en el IMSS debido a la rotación. N=27,217

Variables	%
Sex	
Women	60.9
Men	39.1
Insurance status	
Insurance holders	38.4
Dependents	61.6
Age at the beginning of 2013	
≤29 years	1.4
30–59 years	59.2
≥60 years	39.4
Salary	
<3 minimum wages	48.8
3–5 minimum wages	18.3
>5 minimum wages	30.8
Missing data	2.1
Number of losses of the right to healthcare due to job loss during 2013–2015	
0 loss	68.2
1 loss	22.9
2–3 losses	7.4
4 or more losses	1.4
Time (in days) without the right to healthcare at IMSS due to job loss	mean (SD)
2013	19.7 (57.7)
2014	38.1 (95.8)
2015	62.7 (124.7)
2013–2015	120.5 (233.3)

Los pacientes tienen una historia clínica compleja

Historia clínica y consultas médicas para el control de la diabetes (tabla parcial) N=27,217

Variables	%
Clinical history (2013)	
Overweight or obese	83.3
Hypertension and/or other cardiovascular diseases	58.5
Dyslipidemia	24.5
Depression	1.8
Diabetic foot	16.5
Diabetic nephropathy	12.3
Diabetic retinopathy	9.6
Diabetic neuropathy	4.2
Number of visits with the family doctor due to diabetes and other diseases	
2013	
1–3 visits due to diabetes	38.9
≥4 visits due to diabetes	49.8
≥1 visits due to other diseases	11.3

Es preocupante la pérdida del acceso a servicios de salud del IMSS entre población con tanta necesidades

- Hasta 1/3 de los pacientes con diabetes perdieron al menos una vez su derecho de acceso a recibir servicios por la institución entre 2013 y 2015
- En promedio, un trabajador observa 120 sin derecho a la atención
- La probabilidad de que los pacientes vieran reducida su calidad en al menos 50% de los estándares recomendados disminuyó entre los rotadores
 - **43.2% para los procesos**
 - **19.2% para los resultados**

La rotación afecta potencialmente a un 1.3 millones de los 3.8 millones de pacientes diabéticos diagnosticados en el IMSS

El impacto presupuestal al IMSS debe ser ahora estimado, así como aquel sobre la productividad individual y de las empresas

Los pacientes con acceso al IMSS perciben múltiples y serias barreras a la calidad de la atención

- Se estudió la situación entre 14 pacientes en la Ciudad de México, con ingresos menores a 3 salarios mínimos y diferentes experiencias de rotación
- El mayor problema en la atención médica son los largos tiempos de espera
- Otros problemas generalizados son
 - Escasez de medicamentos
 - Falta de atención por parte de los médicos para escuchar las inquietudes
 - Limitada información sobre su problema
 - La ausencia de chequeos médicos integrales y metódicos
 - Falta de actualización de los médicos y enfermeras
 - Inexistencia de grupos de autoayuda y de apoyo para diabéticos
 - Ausencia de higiene y carencia de instalaciones adecuadas en las clínicas
 - **Trato discriminatorio hacia adultos mayores y personas de escasos recursos**

La percepción de los informantes es que el IMSS se limita a proveer los medicamentos que necesitan para el tratamiento de su diabetes

Los pacientes confrontan las consecuencias de la rotación laboral sin apoyo institucional

- Los pacientes sin experiencia de rotación laboral no valoran el riesgo de perder el acceso a servicios para la continuidad de la atención
 - Desconocen el artículo 109 de la Ley de del IMSS sobre la vigencia de derechos
- Se procuran los medicamentos como preocupación central, principalmente de farmacias privadas
- La calidad y continuidad de la atención médica son secundarios
- Los servicios de la Secretaría de Salud son percibidos como buena alternativa
- Entre los jóvenes, la compra de medicamentos de bajo costo es percibida como una opción razonable
- Entre los adultos mayores, los costos de la atención privada resultan onerosas, dados los medicamentos requeridos

Los pacientes no conciben el derecho a la continuidad de la atención médica ante la rotación, percibiéndose como responsabilidad individual

Se requiere formular un plan de gran visión y de implementaición gradual para contender con la realidad del mercado laboral

- **Alta inmediata al Seguro Popular al darse el trabajador de baja en el IMSS**
 - Transición en los dos meses de vigencia de derechos
 - Transferencia del expediente clínico electrónico
 - Información al paciente de sus derechos (no aceptación del SP)
 - Elección del prestador del Seguro Popular
 - Baja inmediata del Seguro Popular al darse de alta el paciente en el IMSS
- **Continuidad del derecho de atención médica en el IMSS para pacientes crónicos**
 - Derecho limitado a pacientes que dados de baja en el IMSS, a elegir en el periodo de vigencia
 - Limitación a las intervenciones cubiertas por el Seguro Popular
 - Diferencia de costos IMSS cubierta por la federación, considerando beneficios
- **Elección del prestador del IMSS o del Seguro Popular para afiliados al IMSS**
 - Adscripción al prestador en función de la confianza y cercanía del trabajador
 - Implementación gradual enfocando en trabajadores de alta rotación, considerando su patrón de empleo
 - Transferencia al Seguro Popular de la totalidad de la cápita del SEM
 - Gestión de la cápita por el Seguro Popular, acorde a la cobertura de intervenciones y vigencia de derechos del SEM
- **Elección del prestador público y capitalización de fondos en cuentas individuales para afiliados intermitentes al IMSS y al Seguro Popular**
 - Cotizaciones al SEM son capitalizadas en cuentas individuales
 - Piso básico de intervenciones cubiertas con financiamiento del Seguro Popular
 - Las cuentas individuales financian seguros o gastos directos para complementar la cobertura básica
 - Financiamiento del prestador en función de la elección de la persona, con base en cuotas negociadas
- **Ampliación de la elección y capitalización a la concurrencia de gestores y prestadores privados calificados**
 - Transferencia del fondo a gestores financieros privados establecidos con estatuto público
 - Oferta de seguros complementarios para alcanzar la cobertura IMSS, o superarla
 - Pago a prestadores públicos y privados certificados, con base en cuotas negociadas

Se requiere formular un plan de gran visión y medidas graduales para contender con la realidad del mercado laboral

A. Alta inmediata al Seguro Popular al darse el trabajador de baja en el IMSS

B. Continuidad del derecho de atención médica en el IMSS para pacientes crónicos

C. Elección del prestador del IMSS o del Seguro Popular para afiliados al IMSS

D. Elección del prestador público y capitalización de fondos en cuentas individuales para afiliados intermitentes al IMSS y al Seguro Popular

E. Ampliación de la elección y capitalización a la concurrencia de gestores y prestadores privados calificados



Factibilidad a corto plazo



Requerimientos de política

- Reconocimiento de la necesidad de un mercado laboral flexible
- Urgencia de incrementar los ingresos de los hogares y de la competitividad capacidad de las empresas
- Mantiene del IMSS como pilar de la seguridad social
- Enfocar la responsabilidad central del IMSS en la contribución tripartita para el SEM
- Reemplazar la Ley del IMSS por una Ley de Seguridad Social
 - Transformar la gobernanza del IMSS como órgano descentralizado del gobierno federal, con un consejo consultivo y un órgano ejecutivo fortalecido
 - Establecer las bases para la coordinación entre el IMSS y el Seguro Popular
 - Instituir gestores financieros públicos y privados, similar a las AFORE
- Separa la prestación médica del IMSS en dos grandes empresas productivas del Estado
 - Atención básica
 - Hospitales de alta especialidad

Se requiere reformar la gobernanza del IMSS para implementar las reformas requeridas

- El IMSS al cierre de 2016 registró 25.9 millones de afiliados ¹
 - Regímenes obligatorio (18.1 m) y voluntario (7.8 m)
- El Consejo Técnico del IMSS se compone de miembros obrero patronales y de gobierno ²
 - CTM, CROC, CROM y SNTMMRM (4 miembros en total)
 - CONCAMIN y CONCANACO-Servitur (4 miembros en total, 3 de CONCAMIN)
 - Gobierno federal, incluyendo SSa (4 miembros)
- Los trabajadores sindicalizados en el sector privado en México ascienden a 1.7 millones
 - **Corresponden a 6.6% de los afiliados al IMSS**
- Los sindicatos en el Consejo Técnico cuentan con 730,739 trabajadores
 - **Representan directamente a sólo 2.8% de los afiliados**
- De 4.05 millones de empresas, CONCAMIN afilia a 63 cámaras y 43 asociaciones, que producen 30% del PIB ⁵
- CONCANACO agrupa a 670 mil empresas, 17% del total y 53% de la PEA ⁶

1. IMSS, Informe al Congreso y al Ejecutivo, 2016-2017

2. Ley del IMSS.

3. INEGI, Población económicamente activa, 2017.

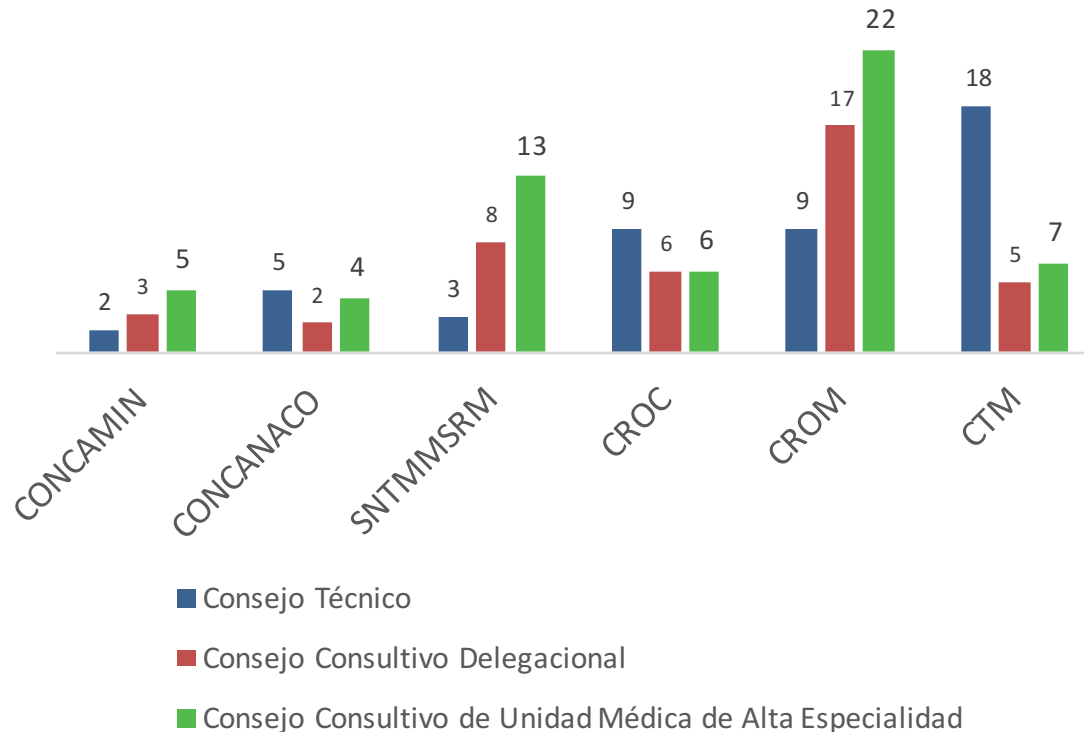
4. STPS. Sistema de Consulta de Agrupaciones Sindicales. Consultado en noviembre de 2017.

5. CONCAMIN. http://concamin.mx/?page_id=520

6. CONCANACO. <http://www.concanaco.com.mx/que-es-la-concanaco/>

Los nombramientos al Consejo Técnico se realizan por los organismos de base, a puertas cerradas, sin periodos fijos ni reglas de transparencia

Años de duración de los nombramientos en órganos de gobierno del IMSS según sindicato obrero y organismo patronal. 2000 a 2017



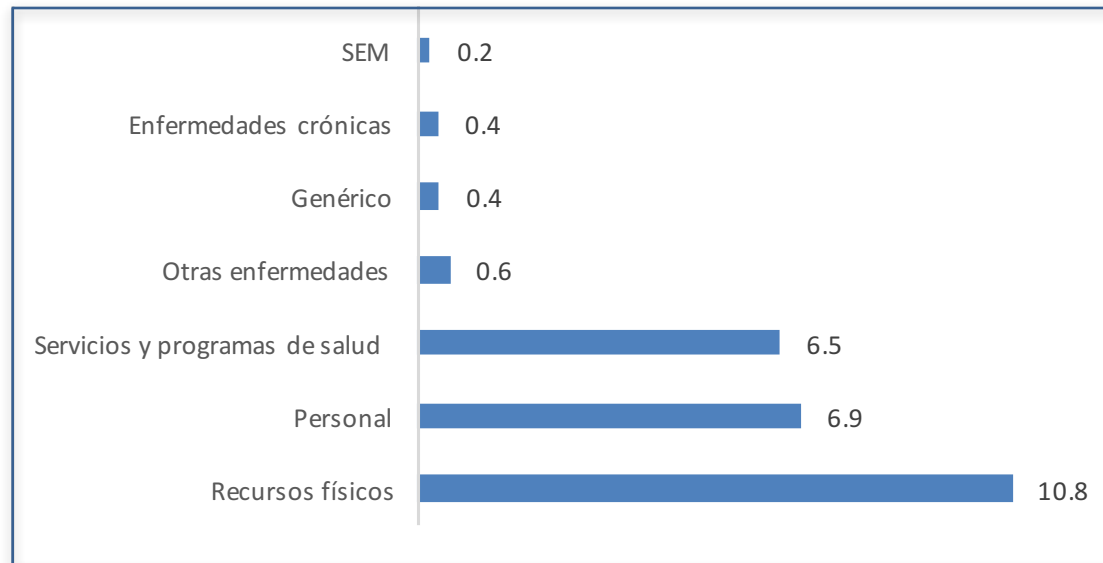
El Consejo Técnico toma importantes decisiones, sin rendición de cuentas a sus representados

- Recursos del IMSS
 - 622 mil millones de pesos en 2017
 - 262 mil trabajadores
 - Con las compras consolidadas, tiene a su cargo la adquisición de más de 58 mil millones de pesos anuales para todo el subsistema público
- El Consejo Técnico nombra a todos los directores del IMSS, incluyendo aquellos de las 27 unidades médicas de alta especialidad (UMAE) y de las delegaciones
- Cada delegación del IMSS y cada UMAE está gobernada por un Consejo Consultivo que replica al Consejo Técnico
 - La duración promedio de los funcionarios es baja*
 - **UMAE: 2.7 años**
 - **Director de delegación: 3.7 años**

La calidad de las decisiones del Consejo Técnico en salud es baja

- Numeralia de 8,521 acuerdos tomados por el Consejo Técnico desde 2000
 - 25% enfocaron en algún tema relativo a salud
 - 1% hacen mención a enfermedades
 - 0.4% refieren a enfermedades crónicas
 - 10% enfocan en la gestión de la infraestructura y 6.9% a la gestión de personal

Tema de los acuerdos tomados por el Consejo Técnico del IMSS referidos a la salud, y frecuencia. 8,521 acuerdos entre 2000 y 2017



Es preciso diferenciar los principios éticos y sociales que han impulsado a la seguridad social

- Leyes de accidentes de Jalisco y Nuevo León, 1904-1909
 - Enfoque liberal
 - Limitación de riesgos
 - Indemnización
 - Incorporación de la medicina moderna
 - Enfoque de la Democracia Cristiana
 - Indemnización como derecho irrenunciable del trabajador
 - Obligación patronal para probar la culpabilidad del trabajador
- Ley de Salvador Alvarado, Yucatán 1915
 - Agrega protección a mujeres y niños trabajadores con enfoque eugenésico, y
 - Mutualismo estatizado para pensiones: mutual gestionada por el estado
- Ley de Aguirre Berlanga, Jalisco 1915
 - Enfoque socialdemócrata: Juntas municipales previsionales de financiamiento y gobierno tripartita, autónomas

El Art. 123 integró los principios de la seguridad social moderna para ser legislados por los estados

- V. Las mujeres, durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable.
- XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales... los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente
- XXIX. Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares...

Obregón y Calles establecieron la seguridad social como aparato de control del Estado autoritario

- Obregón 1921. Propuesta de Seguro Obrero
 - Caja de Seguros de los Trabajadores como institución federal
 - homologando derechos para accidentes y pensiones
 - Contribuciones empresariales a tasa única. Rompe con principio de indemnización
 - Servicios de salud gubernamentales
- Obregón 1924. Nueva propuesta de Seguro Obrero, “libre de política”
 - Contribución patronal, junto con obrera vía reparto de utilidades
 - La seguridad social se convierte en plataforma ideológica del Estado
- Calles 1925. Propuesta de Instituto Nacional de Seguro Social
 - Modelo de Obregón, ahora con Administración tripartita
 - Ajuste de la contribución patronal al riesgo
 - Estatización de la medicina

La OIT jugó apoyó el tránsito de los seguros sociales a la seguridad social. Cárdenas propone un proyecto plural y responsable

- **Propuesta Bach-Zamora, 1934**
 - Alinea la propuesta de Calles con el modelo de seguridad social propuesto por la OIT
 - Financiamiento tripartito
 - Inclusión gradual de grupos de trabajadores, afiliación voluntaria y exclusión de empleados de altos ingresos
 - Cobertura amplia de riesgos no ocupacional, del trabajador y sus familiares
 - Separación institucional de riesgos del trabajo y de riesgos ocupacionales
 - Da cabida a la participación de las empresas en la continuación de la prestación de servicios médicos
- **Proyecto de Ley de Seguros Sociales, Cárdenas, 1938**
 - Instituto de Servicios Sociales, de contribución tripartita
 - Contribución de gobiernos estatales para adaptar seguros a sus necesidades
 - Participación plural de prestadores de servicios de salud
 - Asamblea tripartita consultiva
 - Consejo Director como consejo de administración

El IMSS se estableció siguiendo el modelo también instituido por Italia y España en 1943

- Ávila Camacho retomó el proyecto de Calles, alineado por Bach-Zamora al modelo de OIT
- La Ley del IMSS excluyó a los prestadores privados, propiciando el corporativismo dentro del Instituto
 - “con esta Ley se intentará poner fin a la criminal explotación que llevan a cabo las instituciones o individuos que trafican con la miseria de los asalariados... ¿Cuántas clínicas, cuántas policlínicas a donde van los trabajadores, dizque a curarse, son verdaderos antros donde se comercia con el dolor humano? ...El Instituto Mexicano del Seguro Social se propone sustraer del mercado de la especulación el dolor humano. Los hospitales, las clínicas, los dispensarios que habrán de establecerse por este Instituto dirigido por los trabajadores, por lo patrones y por el Gobierno, habrán de terminar en gran parte —estamos seguros— con esta explotación dramática, cruel, infame y criminal que se hace con el dolor y la miseria de los trabajadores.¹
- Establece gobernanza obrero patronal y del gobierno federal con Asamblea consultiva y Consejo Técnico ejecutivo

Conclusiones

- El mercado laboral debe fortalecerse
- La vinculación de salud y mercado laboral en la seguridad social tiene un alto costo en vidas humanas, en salud y en productividad
- Se requiere implementar medidas que coordinen a diversas instituciones y a la empresa privada
- La competitividad en la prestación de servicios de salud es clave, lo que requiere una profunda reforma del IMSS
- Se debe mantener al IMSS como pilar de la seguridad social
- El gobierno actual del IMSS carece de la capacidad para formular e implementar reformas, y está tomando decisiones de mala calidad para la salud. El ejecutivo del IMSS se ve entorpecido por el ejecutivo tripartita
- Reconocer los principios que han influido para el desarrollo de la seguridad social permitirá formular y defender las reformas de manera efectiva