



Evaluación del Acuerdo de Trabajo IMSS-OCDE-CFC

Segunda entrega¹

Estudio sobre la instrumentación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de las recomendaciones emitidas por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en el marco del acuerdo del IMSS con la OCDE y la Comisión de Federal de Competencia (CFC) para combatir la colusión entre oferentes en las licitaciones públicas

Instituto Mexicano para la Competitividad, A.C. (www.imco.org.mx)²
Agosto de 2012

¹ La primera entrega se realizó en diciembre de 2011 y está disponible en www.imco.org.mx

² Estudio elaborado por Jana Palacios (jana.palacios@imco.org.mx) y Stephanie Zonszein (stephanie.zonszein@imco.org.mx)

Tabla de contenido

Introducción	3
1. Análisis cuantitativo	5
1.1 Procesos de compra competidos en el IMSS: La adopción de los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión y favorecer los procesos competidos en la compra de insumos médicos	5
1.2 Recomendaciones IMCO	5
1.3 Modelo de diferencias en diferencias (DD)	6
2. Análisis del plan de acción del IMSS para atender las recomendaciones de la OCDE	16
2.1 Proyectos del IMSS 2011-2012 para atender las recomendaciones de la OCDE	16
2.2 Evaluación de las acciones del IMSS encaminadas a atender las recomendaciones de la OCDE	21
3. ¿El IMSS compró mejor en 2012?	53
Conclusión	58
Anexos	60
Anexo 1. Entrevistas a funcionarios del IMSS	60
Anexo 2.2. Propuestas IMCO para complementar las recomendaciones de la OCDE	65
Anexo 3. Recomendaciones de la OCDE por grado de implementación en el IMSS (a diciembre de 2011)	68
Anexo técnico	69
Anexo 4. Buenas prácticas para realizar investigaciones de mercado	73

Introducción

El IMSS brinda servicios de salud y seguridad social a más de 52 millones de mexicanos, lo que equivale al 47% de la población nacional.³ Para lograrlo, anualmente invierte alrededor de 55 mil millones de pesos en la compra de bienes y en la contratación de servicios y obra pública.⁴ Esta cifra convierte al IMSS en el tercer comprador más grande del país después de PEMEX y la CFE y en el principal consumidor en el mercado farmacéutico y de equipos médicos.⁵ Las grandes cantidades de dinero involucradas en la compra de bienes y servicios hacen especialmente relevante que esta dependencia de gobierno obtenga “el máximo valor por el dinero gastado” y evite el desperdicio de los recursos públicos.

Con el objetivo de hacer más eficientes las contrataciones públicas, el IMSS ha realizado una serie de reformas a su sistema de compras. Algunas de las estrategias implementadas por el IMSS entre 2007 y 2010 son la consolidación de los requerimientos, el establecimiento de precios máximos de referencia y la implementación de ofertas subsecuentes de descuento. Según datos del mismo Instituto, estos mecanismos han permitido ahorros sustanciales en ese periodo: de no haberse aplicado estas acciones, el IMSS habría tenido que gastar más de 35 mil millones de pesos adicionales para cubrir los requerimientos de bienes terapéuticos entre 2007 y 2010.⁶

Para continuar con estos esfuerzos, en 2011 el IMSS firmó dos acuerdos de trabajo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Uno para combatir la colusión y favorecer los procesos competitivos en la compra de medicamentos y bienes terapéuticos –conocido como Acuerdo de trabajo IMSS-CFC-OCDE para combatir la colusión entre oferentes en las licitaciones públicas–, y otro para revisar la eficiencia e integridad del sistema de compras del Instituto para mejorar la atención médica.

Entre diciembre de 2011 y enero de 2012 el IMSS recibió dos documentos de la OCDE –*Fighting Bid Rigging in Public Procurement in Mexico. A Secretariat Report on IMSS Procurement Regulations and Practices (2011)* y *Public Procurement Review of the Mexican Institute of Social Security: Enhancing Efficiency and Integrity for Better Health Care (2012)*– con recomendaciones para implementarse a lo largo de los años 2011 y 2012, y en la medida de lo posible antes del cambio de administración. El conjunto de recomendaciones de la OCDE representan un mecanismo para reforzar, institucionalizar y complementar los proyectos que el IMSS había venido instrumentando desde 2007 en materia de administración de los procesos de adquisición y abastecimiento de los insumos médicos y, como consecuencia, favorecer su continuidad durante la siguiente administración⁷.

³ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Memoria estadística, Capítulo ii, Población derechohabiente*. Consultado en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/memoriaestadistica.htm>. Esta cifra incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes.

⁴ Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (¿Qué compró?, 2012). Consultado el 23 de julio de 2012 en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod&pr=2012>

⁵ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), “Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2011”. Consultado en:

<http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2011/index.html>

⁶ Informe de labores 2009-2010 y programa de actividades 2010 (IMSS). Consultado en: www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm

⁷ El director del IMSS, Daniel Karam, afirmó que la implementación de las recomendaciones de la OCDE ha permitido un ahorro de 46 mil millones de pesos (casi tres mil 400 millones de dólares), que equivalen a dos años de presupuesto en medicamentos. En Notimex, 23 de julio de 2012. Obtenido de:

<http://www.reforma.com/nacional/articulo/666/1330664/?Titulo=dejamos-un-imss-operativo--karam>

Después de recibir las recomendaciones de la OCDE, el IMSS elaboró y ha venido implementado un plan estratégico para la mejora integral de su sistema de compras. Durante los meses de febrero a marzo de 2012 se desarrollaron los proyectos específicos que atenderían estas recomendaciones, y a partir de abril se ha trabajado en su implementación. Este plan considera distintas acciones, en su mayoría para completarse entre junio y noviembre de este año, aunque algunas de ellas, en especial las relacionadas con los sistemas de información y la capacitación y mejora del perfil de los compradores se extienden hacia 2013.

La evaluación del cumplimiento e impacto de un plan de trabajo es fundamental para reconocer los aciertos y errores cometidos, y con base en ello definir las acciones a seguir. Por esa razón, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), con el apoyo financiero de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS),⁸ ha dado seguimiento a las acciones del IMSS encaminadas a implementar las recomendaciones de la OCDE, en particular, las derivadas del memorándum de entendimiento entre el IMSS, la CFC y la OCDE para combatir la colusión en las licitaciones públicas.

El proceso de análisis y evaluación del IMCO consiste en un análisis cualitativo y en uno cuantitativo del proceso de compras del IMSS, con el objetivo de evaluar dos aspectos fundamentales: (1) si el IMSS implementó las recomendaciones de la OCDE en materia de combate a la colusión y (2) cuál es el impacto económico de los cambios realizados sobre las compras del IMSS.

Este documento es el segundo de dos reportes que el IMCO realizó para dar seguimiento y evaluar el efecto de la implementación de las recomendaciones de la OCDE. La primera evaluación se entregó en diciembre de 2011 y se enfoca en un análisis cualitativo de los procesos de licitación pública para la compra de medicamentos y materiales de curación del ciclo de compras 2012 (que se llevó a cabo durante el último semestre de 2011). Su objetivo fue explicar cómo compra el IMSS y cuáles son sus áreas de oportunidad, además de explicar los cambios más recientes al sistema de compras, en línea con las recomendaciones de la OCDE. Este segundo documento, relata el plan de acción y las medidas que ha implementado y va a implementar el IMSS para cumplir con las recomendaciones de la OCDE y presenta un análisis cuantitativo que mide el impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS en 2011 sobre las compras de medicamentos del ciclo 2012.

Los resultados del presente documento se basan en información recolectada por medio de entrevistas a los principales actores involucrados con las compras del Instituto (ver Anexo 1) y en datos de las adquisiciones de medicamentos por licitación pública del IMSS y del ISSSTE para los ciclos de compra 2011-2012.

El reporte se divide en tres secciones. La primera presenta un modelo de diferencias en diferencias (DD) que mide el impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS en 2011 (o ciclo de compra 2012) sobre los precios de compra de medicamentos y el número de licitantes⁹. La segunda sección relata el plan estratégico para la

⁸ La CISS es un organismo que impulsa la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones de seguridad social que la financian. El IMSS es uno de los miembros de esta organización.

⁹ A lo largo del documento nos referimos al “impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS” en lugar del “impacto de las recomendaciones de la OCDE y su implementación por parte del IMSS”, porque el análisis investiga cambios en precios y en número de licitantes entre el ciclo de compras previo a que la OCDE entregara las recomendaciones al IMSS y el ciclo de compras inmediato después a la entrega de las recomendaciones, i.e. ciclos de compras 2011 y 2012. Para poder analizar el “impacto de la implementación de las recomendaciones por parte del IMSS”, se tiene que comparar los

mejora integral del sistema de compras del IMSS y otras medidas implementadas y por implementarse para cumplir con las recomendaciones de la OCDE. Por último, la tercera parte del documento compara algunos aspectos de la compra del ciclo 2011 con la del ciclo 2012, en particular muestra el cambio del ahorro logrado, el nivel de incumplimiento de contratos y la dispersión entre el precio de la compra centralizada y el precio de compra a través de la BUO y de las compras emergentes.

1. Análisis cuantitativo

Efectos de la intervención de la OCDE en el IMSS sobre los precios y el número de licitantes. Un modelo de diferencias en diferencias (DD).

1.1 Procesos de compra competidos en el IMSS: La adopción de los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión y favorecer los procesos competidos en la compra de insumos médicos

A través del memorándum de entendimiento firmado entre el IMSS, la OCDE y la CFC, el segundo se comprometió a realizar recomendaciones sobre dos aspectos de los procesos de adquisiciones del IMSS: la legislación y los procedimientos de compra. A su vez, el IMSS se comprometió a adoptar e instrumentar, en la medida de lo posible, estas recomendaciones a lo largo de 2011 y 2012. En el Anexo 2.1 se presenta una descripción de los lineamientos que la OCDE elaboró para el IMSS con el objetivo de favorecer procesos de licitación competidos.

Con relación a estas recomendaciones, las reformas a la normatividad, que requieren del consenso legislativo, son complejas y toman más tiempo que los cambios a los procedimientos de compra. Además, a pesar de que el IMSS puede ser un catalizador para promover reformas a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP)¹⁰, no tiene injerencia directa sobre el proceso legislativo para aprobar las reformas. Por estas razones, el análisis del IMCO sobre la implementación del acuerdo entre IMSS-OCDE-CFE, tanto en el primer informe como en éste, se concentra en examinar las recomendaciones relacionadas con los procedimientos de compra que, desde la perspectiva de la OCDE, deben seguir los funcionarios encargados de las compras del IMSS.

1.2 Recomendaciones IMCO

Como parte del seguimiento que el IMCO ha dado a las recomendaciones de la OCDE y a la implementación de estas por parte del IMSS, a lo largo del año 2011 realizó un ejercicio de mapeo del sistema de compras de insumos médicos así como una evaluación preliminar del cumplimiento de las recomendaciones de la OCDE para generar procesos de compra más competidos¹¹. El ejercicio consistió en relatar las recomendaciones de la OCDE, explicando su nivel de implementación en el IMSS. Algunas de estas recomendaciones ya las

resultados del ciclo de compras 2011 con los del ciclo de compras 2013. Al momento de entregar el presente documento, no se ha llevado a cabo la compra de medicamentos 2013.

¹⁰ La LAASSP es de orden público y tiene por objeto reglamentar las adquisiciones, arrendamientos de bienes muebles y prestación de servicios de cualquier naturaleza que realicen el Gobierno Federal, la Procuraduría General de la República, los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal mayoritaria y los fideicomisos en los que el fideicomitente sea el gobierno federal o una entidad paraestatal, y las entidades federativas, los municipios y los entes públicos de unas y otros, con cargo total o parcial a recursos federales, conforme a los convenios que celebren con el Ejecutivo Federal (Art. 1, LAASSP). En este sentido, los reglamentos, políticas, bases, lineamientos y manuales de adquisiciones del IMSS están supeditados a la LAASSP.

¹¹Documento disponible en http://imco.org.mx/images/pdf/Evaluación_Acuerdo_de_Trabajo_IMSS-OCDE-CFE_FINAL_11Enero2012.pdf.

aplicaba el IMSS previo al acuerdo con la OCDE, otras las comenzó a implementar cuando recibió las primeras recomendaciones (o recomendaciones preliminares) de la OCDE¹², y el resto se comprometió a implementarlas en los próximos ciclos de compra, o no se pronunció al respecto (ver Anexo 3 para una clasificación de los 23 lineamientos de la OCDE para combatir la colusión y favorecer los procesos competidos según el grado de implementación a diciembre de 2011).

Paralelamente al seguimiento de las recomendaciones de la OCDE, el IMCO desarrolló algunas propuestas adicionales y/o señaló en qué sentido podrían implementarse los lineamientos de la OCDE que aún no se aplicaban. El Anexo 2.2 contiene un resumen de las propuestas del IMCO para complementar las recomendaciones de la OCDE.

Los resultados del modelo de diferencias en diferencias que a continuación presentamos, ilustran el impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS y de la implementación de algunas de las recomendaciones de la OCDE a lo largo de 2011 sobre los precios de compra de medicamentos y sobre el número de licitantes del ciclo de compras 2012.

1.3 Modelo de diferencias en diferencias (DD)

Creemos que aunque el IMSS no ha implementado aun todas las recomendaciones de la OCDE (y probablemente deje varios aspectos sin atender antes del cambio de administración), la mera intervención o presencia pública del organismo en el IMSS debería generar cambios tanto al interior del Instituto como hacia fuera. Al interior, esperamos que la presencia de la OCDE genere mayor eficiencia o incentive a asumir un compromiso con la labor de compras, tanto de las áreas requirientes como de las áreas adquirentes, que induzca a “comprar mejor” (precios más baratos, mejor calidad y menores tasas de incumplimiento de contrato por parte de los proveedores). Hacia afuera, la presencia de la OCDE podría cambiar la percepción de los posibles licitantes sobre los procesos de compra del IMSS; la intervención de la OCDE, y que ésta se haya hecho pública a través de los medios de comunicación, podría mandar la señal de que el Instituto está trabajando para que los procesos de compra sean más transparentes y que la probabilidad de obtener un contrato con el IMSS no está definida *ex ante* al proceso de licitación pública.

Para realizar el análisis cuantitativo, utilizamos un modelo de diferencias en diferencias (DD) que muestra el impacto de la presencia de la OCDE en los precios de compra y en el número de participantes en las licitaciones públicas de medicamentos del IMSS. El modelo de DD compara el cambio en los precios de compra del IMSS (y en el número de licitantes) dada la intervención de la OCDE con su contrafactual, esto es, el cambio en los precios de compra, si la OCDE no hubiera intervenido en el IMSS. Para ello, comparamos la compra de medicamentos a través de licitaciones públicas del IMSS (donde intervino la OCDE) con la del ISSSTE (donde no intervino la OCDE y no se implementaron políticas para mejorar el sistema de compras), porque ambos institutos de salud compran los medicamentos en circunstancias similares. Ambos realizan una compra anual y de forma centralizada¹³, los dos están obligados a comprar solamente los medicamentos que forman parte del Cuadro Básico del Sector Salud, los proveedores (o fabricantes de medicamentos) son los

¹² Aunque la OCDE entregó el documento *Fighting Bid Rigging in Public Procurement in Mexico. A Secretariat Report on IMSS Procurement Regulations and Practices* en diciembre de 2011, desde julio de 2011 ya había entregado al IMSS una primera serie de recomendaciones que podrían implementarse en el ciclo de compra que se estaba llevando a cabo en ese momento (ciclo de compra 2012).

¹³ El ISSSTE realiza una compra principal “grande” y las insuficiencias las cubre con otras licitaciones públicas de menor tamaño a lo largo del año. Utilizamos la información de la compra “grande” del ISSSTE para que sea comparable con la compra anual del IMSS.

mismos y ambos institutos intentan comprar el mayor volumen a través de licitaciones públicas en lugar de hacerlo mediante procesos menos competidos como la adjudicación directa o la invitación restringida.

Sin embargo, la compra de medicamentos del IMSS e ISSSTE difiere en algunos aspectos. Mientras que el precio de compra del IMSS incluye el costo de distribución del medicamento (ya que los proveedores tienen que entregar los medicamentos en más de 60 puntos), el precio del ISSSTE no lo incluye (los proveedores entregan los medicamentos en un solo punto y el Instituto contrata el servicio de distribución con otra empresa). Por otra parte, el gasto del IMSS es mucho mayor que el del ISSSTE, diferencia que se debe principalmente a que el número de beneficiarios del ISSSTE es 80% menor al número de beneficiarios del IMSS (7.2 millones de beneficiarios contra 35.4 millones; respectivamente¹⁴). Mientras que en 2010 el IMSS compró 19.3 mil millones de pesos en medicamentos, en el mismo año el ISSSTE gastó 2,300 millones de pesos, 88% menos que el IMSS.¹⁵ En 2011, la diferencia en el gasto en medicamentos entre el IMSS y el ISSSTE fue similar a la del 2010; el gasto del segundo es 86% menor que el del primero, aunque ambos institutos redujeron el gasto total en los medicamentos que analizamos. El IMSS gastó 10.5 mil millones de pesos (46% menos que el año anterior), mientras que el ISSSTE gastó 1.4 mil millones de pesos (36% menos que el año anterior). Esta reducción se debe en parte a la caída en el volumen de compra –la cantidad de medicamentos que compró el IMSS se redujo en promedio 10.6% y la del ISSSTE cayó 29.6%¹⁶ –y en parte a la caída en precios de algunas claves de medicamentos.

Además del volumen de compra y de internalizar el costo de distribución en el precio de los medicamentos, la compra a través de licitaciones públicas difiere en otras características entre los dos institutos de salud pública. En 2010, el IMSS dividió la compra total de medicamentos en 2 ó 3 regiones y por lo tanto en 2 ó 3 contratos por clave, uno por región, mientras que el ISSSTE compró el volumen completo con un solo contrato (aunque en 2011, el IMSS compró la mayor parte de los medicamentos con un solo contrato por clave como lo hace el ISSSTE). También difiere la modalidad de compra y el carácter de la licitación. Respecto a la primera, para algunas claves de medicamentos, el IMSS utiliza las ofertas subsecuentes de descuento (OSD) y para otras el precio máximo de referencia (PMR), mientras que el ISSSTE utiliza una subasta a primer precio y sobre cerrado.¹⁷ El carácter de la licitación, esto es, si la licitación pública es nacional, internacional bajo tratados o internacional abierta, varía entre los institutos para cada clave de medicamento, de acuerdo a las condiciones de compra (si existe la oferta en el mercado, el número de licitantes y otras condiciones) estipuladas en la LAASSP.

A pesar de estas diferencias entre el sistema de compra de medicamentos del IMSS y del ISSSTE, creemos que es acertado utilizar las compras del ISSSTE como grupo de control para el análisis de DD. Las alternativas al ISSSTE son PEMEX, SEDENA, SEMAR y los sistemas estatales de salud de la Secretaría de

¹⁴ Con datos del Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

¹⁵ El gasto corresponde a la compra centralizada o compra principal en el caso del ISSSTE de 426 claves de medicamentos que ambos institutos compraron en 2010 y 2011. No incluye las claves que se negocian a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos (CCNPM).

¹⁶ La cantidad comprada en el IMSS fue menor en 2011 porque el instituto planeaba iniciar un nuevo proyecto, el de “Centros de mezclas”. Por ello, para 72 claves en las que se destinan aproximadamente 1,200 millones de pesos, solo se compró la cantidad necesaria para 6 meses. Para el caso del ISSSTE, puede ser que el presupuesto para realizar la “compra grande” no haya estado a tiempo o completo para realizar la compra en su totalidad (como lo planeado), y entonces hayan realizado una primer compra de menor cantidad y después hayan comprado los faltantes (de haber sido necesario) con otras licitaciones públicas o a través de otras formas de adquisición. Cabe señalar, que esto es una suposición y no una afirmación.

¹⁷ Ver páginas 29-31 de la primera entrega IMCO para una explicación sobre las modalidades de compra en el IMSS.

Salud que principalmente atienden a los beneficiarios del Seguro Popular y a la población abierta. Los primeros tres sistemas son más pequeños que el ISSSTE, únicamente atienden al 1% de la población con seguridad social, mientras que el ISSSTE atiende al 18% de esta población (el IMSS cubre a más del 80% de la población con seguridad social). Por otro lado, mientras que el ISSSTE concentra 18.2% del gasto público en medicamentos, PEMEX únicamente concentra el 7% (el IMSS concentra casi 50% del gasto público en medicamentos)¹⁸. La SEDENA es tan pequeña que desde 1993 el IMSS compra los medicamentos para este instituto. Por lo tanto, el ISSSTE es mejor grupo de control que PEMEX, SEDENA o SEMAR.

Por su parte, aunque la Secretaría de Salud y los sistemas estatales de salud concentran casi el 27% del gasto público en medicamentos (1.5 veces el gasto del ISSSTE) no son un buen grupo de control porque las compras de medicamentos las realizan de forma descentralizada. Es decir, cada estado individualmente compra lo que necesita para cubrir sus necesidades. Además, por la propia descentralización, no existen reglas o mecanismos de compra uniformes para todos los estados, lo cual complica utilizar a más de uno de los sistemas estatales de salud como grupo de control. Utilizar solo a uno de los sistemas estatales de salud como grupo control tampoco tiene sentido porque la población beneficiaria y el gasto en medicamentos es muy pequeño comparado con el del ISSSTE.

Para analizar el efecto de la intervención de la OCDE (o “efecto OCDE”) en la compra de medicamentos del IMSS, utilizamos un modelo de diferencias en diferencias (DD). Este modelo compara el cambio en precios del IMSS y del ISSSTE antes y después de la intervención de la OCDE en el IMSS, esto es, toma las diferencias en precio en el tiempo y entre institutos. Lo que permite medir el efecto causal de la intervención de la OCDE sobre los precios de compra de medicamentos del IMSS (y sobre el número de participantes), aislando la tendencia secular del cambio en precios derivado de la inflación o de otros cambios en el mercado (por ejemplo, cambio en el precio de los insumos o terminación de una patente).

El modelo de DD permite controlar por las variables en las que difiere la compra del IMSS de la del ISSSTE como la cantidad comprada, el tipo de entrega, la modalidad y carácter de la licitación, el número de zonas en las que se divide el total de la compra, entre otras. Además, se puede controlar por características de los medicamentos que no cambian a lo largo del tiempo y por choques comunes a los medicamentos que hayan sucedido durante el periodo estudiado. Por lo tanto, el estimador de DD indica el impacto de la intervención de la OCDE sobre los precios de compra de medicamentos y otras variables como el número de licitantes a lo largo del tiempo. Para que el estimador de DD sea insesgado (esto es, que la estimación se aproxime al valor real del efecto), debe cumplirse el supuesto de que el cambio en los precios de compra de los medicamentos del ISSSTE (instituto que no recibió las recomendaciones de la OCDE o grupo de control) sea igual al cambio en los precios de compra de medicamentos del IMSS (instituto que sí recibió las recomendaciones de la OCDE o grupo de tratamiento), si no hubiese recibido las recomendaciones y la intervención de la OCDE. En otras palabras, que el cambio promedio en los precios de un instituto y otro fuese el mismo, dado que el IMSS no hubiese recibido la intervención de la OCDE (la serie de recomendaciones y su presencia).

El modelo de DD que estimamos utiliza la información de 426 claves de medicamentos que tanto el IMSS como el ISSSTE compraron en 2010 y en 2011 (o ciclos de compras 2011 y 2012). Ambos institutos nos proporcionaron la información de sus compras (precio de compra, cantidad comprada, número de licitantes,

¹⁸ Gómez Dantés, Octavio et al (2011). “Sistema de Salud de México”. Salud Pública México 2011; Vol. 53(2):220-232. Obtenido de: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

modalidad y carácter de la licitación, entre otras características).¹⁹ Excluimos del análisis las claves de medicamentos que se negocian a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos (CCNPM), conformada por los principales institutos de salud pública (IMSS, SSA, ISSSTE) para negociar los precios de medicamentos con patente y de algunos genéricos con un solo proveedor, que son de observancia obligatoria para los institutos.

Antes de presentar los resultados del modelo de DD, comparamos el cambio porcentual de los precios de compra de medicamentos del IMSS entre 2010 y 2011 con los del ISSSTE para tener una primera idea sobre el efecto en precios de la intervención de la OCDE en el IMSS.

El Cuadro A.1 del Anexo técnico muestra que al comparar las 426 claves de medicamentos que los dos institutos compraron en 2010 y 2011 (no incluye las claves que se negocian a través de la CCNPM), el cambio porcentual promedio de los precios de compra de medicamentos del IMSS entre 2010 y 2011 es menor al del ISSSTE. Esta diferencia es estadísticamente significativa. En otras palabras, el incremento en los precios de compra del IMSS es menor al del ISSSTE, o en términos relativos, de un año al otro, el IMSS compró más barato que el ISSSTE. De hecho, el incremento porcentual promedio en los precios de compra del IMSS (de 1.12%) es 65% menor a la tasa de inflación del periodo en el que se realizaron las compras (de 3.2%²⁰), mientras que el cambio porcentual promedio en los precios de compra de medicamentos del ISSSTE (de 3.73%) se encuentra apenas 2% por debajo de la tasa de inflación del periodo de compra (de 3.82%²¹).

Al hacer el mismo análisis para el cambio en el número de licitantes, encontramos que este número aumentó en 34.5% para el IMSS y que disminuyó en 6.7% para el ISSSTE, y que esta diferencia es estadísticamente significativa (ver Cuadro A.2 del Anexo técnico).

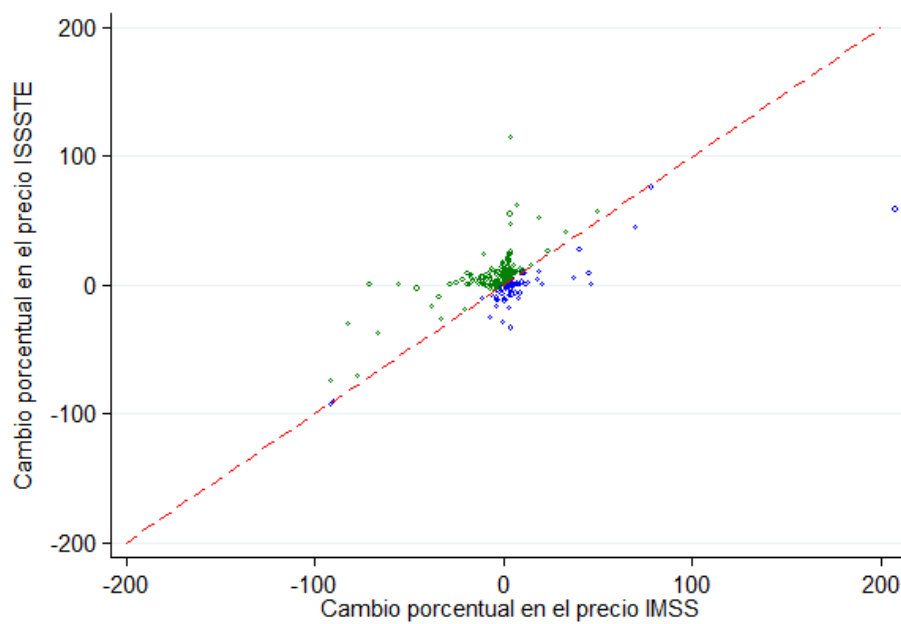
En la siguiente gráfica, ilustramos la diferencia entre el cambio porcentual en los precios de compra del IMSS y del ISSSTE:

¹⁹ Corroboramos que la información fuera la misma que se publica en CompraNet.

²⁰ Tomamos la tasa de inflación entre octubre de 2010 y octubre de 2011, periodo en el que se realiza la compra centralizada de medicamentos en el IMSS.

²¹ Tomamos la tasa de inflación entre diciembre de 2010 y octubre de 2011, periodo en el que se realiza la compra más grande de medicamentos (en la que se adquieren un mayor número de claves y se ejerce el mayor porcentaje de gasto anual en medicamentos) en el ISSSTE.

Gráfica 1. Comparación entre el cambio porcentual de los precios de compra de medicamentos en el IMSS e ISSSTE (2010-2011)



Nota: La línea indica que el cambio en precios es el mismo para IMSS e ISSSTE.

Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

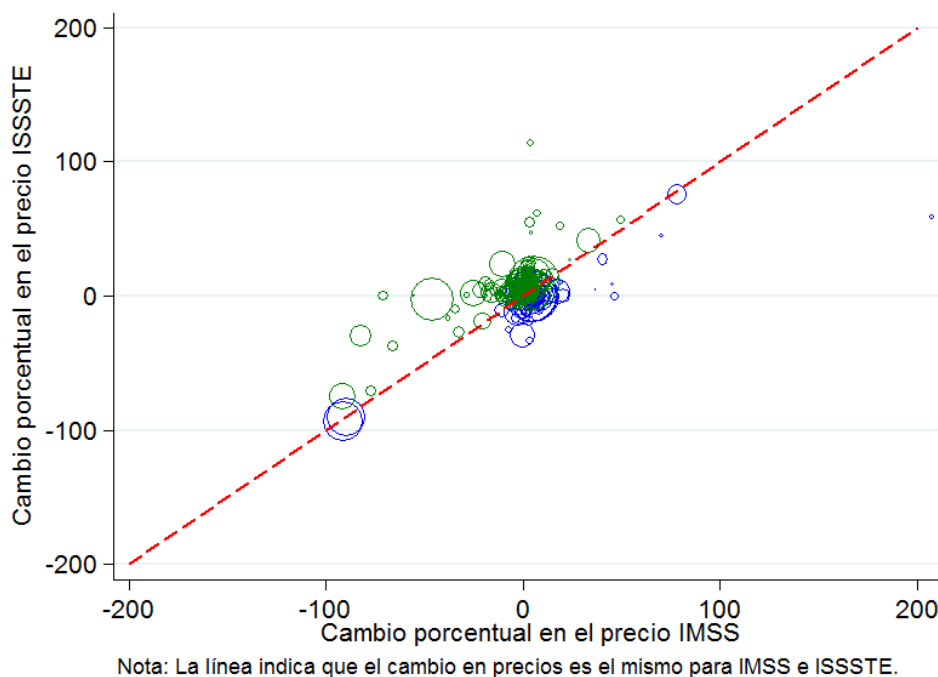
- - - Cambio porcentual en los precios de compra del IMSS = Cambio porcentual en los precios de compra del ISSSTE
- Medicamentos cuyo precio aumentó más para el ISSSTE
- Medicamentos cuyo precio aumentó más para el IMSS

La gráfica muestra la distribución conjunta del cambio porcentual de los precios de medicamentos. Para más del 70% de las claves, el cambio absoluto se concentra alrededor de 10%. La línea de 45° (de color rojo), indica que el cambio porcentual en los precios de compra de medicamentos del IMSS es exactamente igual al cambio porcentual de los precios de compra del ISSSTE. Esto es, el incremento o la caída en los precios es la misma para ambos institutos, lo cual hace sentido porque ambos compran los medicamentos con los mismos proveedores y ante condiciones similares de mercado. Los puntos por encima de la línea roja (puntos de color verde) son los medicamentos cuyo precio aumentó en mayor medida para el ISSSTE y los puntos por debajo de la línea roja (puntos de color azul) son los medicamentos cuyo precio aumentó en mayor medida para el IMSS. En la gráfica se aprecia que los puntos se concentran por encima de la línea roja, lo cual quiere decir que el cambio en los precios es mayor para el ISSSTE para un mayor número de claves (para 57.5% de las claves el cambio en precio es mayor para el ISSSTE, mientras que para 42.5% es mayor para el IMSS).

Sin embargo, al ponderar el precio de cada medicamento por la cantidad comprada, observamos que en las claves cuyo cambio en el precio es menor para el IMSS que para el ISSSTE (57.5% de las claves), el gasto del IMSS representa 50.08% del gasto total en las claves de medicamentos analizadas. Dicho de otra forma, el IMSS utilizó la mitad de su gasto en claves de medicamentos que compró más barato que el ISSSTE y la otra mitad del gasto en claves que compró más caro que el ISSSTE. Así, al comparar este resultado con el porcentaje de claves que el IMSS compró más barato que el ISSSTE, podemos afirmar que las claves de medicamentos en las que el IMSS generó ahorros frente al ISSSTE, son claves que el IMSS no compra en

gran cantidad (claves en las que el gasto no es tan grande). Esta relación se puede observar en la Gráfica 2, en la que el tamaño de los círculos refleja el gasto en cada uno de los medicamentos.

Gráfica 2. Comparación entre el cambio porcentual de los precios de compra de medicamentos en el IMSS e ISSSTE (2010-2011), ponderado por el gasto del IMSS en 2011 de cada clave de medicamento

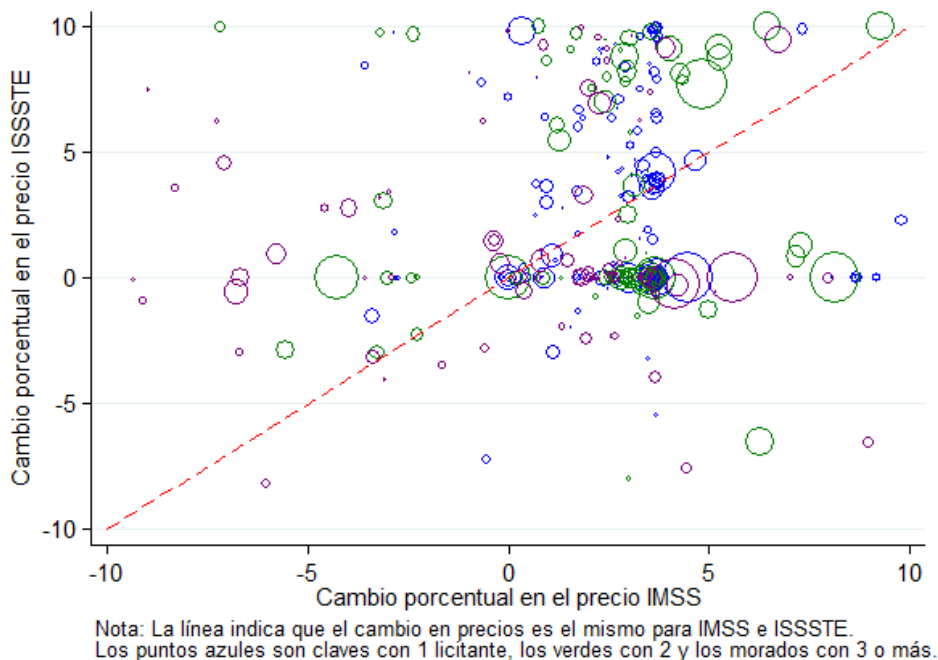


Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Si hacemos un acercamiento a la gráfica anterior y solo incluimos las claves de medicamentos cuyo precio cambió de forma absoluta hasta 10% (donde se concentra más del 70% de las claves), podemos observar que el precio de algunos medicamentos no cambia para el ISSSTE pero aumenta para el IMSS, y que gran parte de estas claves son a las que el IMSS asigna mayor parte de su gasto (estas claves son los puntos que están fijos en 0 en el eje vertical y que se mueven a la derecha sobre el eje horizontal).

Intentando explicar este comportamiento, no encontramos una relación sistemática entre el número de licitantes y el cambio en precios de los medicamentos. Esto es, podríamos esperar que los medicamentos que el IMSS compró más barato que el ISSSTE, tuvieran un mayor número de licitantes y al contrario, que los medicamentos que el IMSS compró más caro que el ISSSTE presentaran un menor número de licitantes. Sin embargo, en la Gráfica 3 podemos observar que no hay una relación sistemática entre los colores de los puntos (los azules son claves con un solo licitante en el IMSS en 2011, los verdes con 2 y los morados con 3 o más) y si se encuentran por abajo o por arriba de la línea de 45°. Además, el número de licitantes tampoco explica por qué algunas claves no cambian de precio para el ISSSTE pero el precio aumenta para el IMSS. Haciendo el mismo análisis, no encontramos una relación sistemática entre la modalidad de la licitación, es decir si la compra del IMSS en 2011 fue por OSD o por PMR, y si el IMSS compró más barato o más caro que el ISSSTE.

Gráfica 3. Comparación entre el cambio porcentual de los precios de compra de medicamentos en el IMSS e ISSSTE (2010-2011) por número de licitantes en la compra del IMSS 2011. Solo incluye las claves cuyo precio cambió hasta 10%



Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Para resumir, este primer análisis comparativo del cambio porcentual de los precios de compra de medicamentos del IMSS e ISSSTE entre 2010 y 2011, muestra que en promedio el IMSS compró más barato que el ISSSTE, pero las claves en las que consiguió mayores ahorros representan una proporción menor del gasto total de las claves analizadas. Por otro lado, el número de licitantes aumentó para el IMSS mientras que se redujo para el ISSSTE entre 2010 y 2011. Dicho esto, en seguida presentamos los resultados del modelo de DD.

Resultados del modelo de diferencias en diferencias (DD)²²

De acuerdo con la estimación del modelo de DD, la intervención de la OCDE en el IMSS (o el “efecto OCDE”) en promedio redujo los precios de los medicamentos 3.3% con un intervalo de confianza al 95% entre (-5.05%, -1.57%)²³. Este resultado se obtiene con un modelo que controla por las características fijas de cada clave de medicamento y por choques comunes a cada una de las claves. Otra forma de especificar el modelo es incluyendo el logaritmo natural de la cantidad comprada²⁴ como variable de control. Con esta segunda

²² Ver el Anexo técnico para la especificación del modelo de DD y los resultados completos de la estimación.

²³ El intervalo de confianza indica que el efecto de la OCDE sobre la disminución en los precios se encuentra entre 5.05% y 1.57%. Esto quiere decir que si se repitiera el experimento 100 veces, sistemáticamente solo 5 veces caería la estimación fuera del intervalo, esto es, la caída en los precios por la intervención de la OCDE sería mayor a 5.05% o menor a 1.57%.

²⁴ Utilizamos el logaritmo natural de la cantidad para tener una distribución normal de la variable, debido a que el IMSS y el ISSSTE difieren en gran medida en el nivel de la cantidad. Los modelos que analizan cambios en precios generalmente controlan por la cantidad ya que un cambio en esta puede modificar el precio. Esto es, si aumenta la cantidad tiende a reducirse el precio y si disminuye la cantidad, el precio aumenta.

especificación, el efecto de la intervención de la OCDE en el IMSS sobre el cambio en los precios se atenúa. En lugar de que la caída promedio en los precios sea de 3.3% es de 0.7% y no es significativo.

Creemos que el modelo más adecuado para explicar el efecto de la OCDE sobre los precios de compra del IMSS es el primero, el que no controla por la cantidad comprada, aunque sabemos que podría estar mejor especificado si se incluyeran algunos controles. Sustentamos que el primer modelo es el adecuado por dos razones principales: (1) la cantidad comprada puede ser una variable endógena al cambio en precios porque ambas variables pueden cambiar debido a la intervención de la OCDE. Por ejemplo, las áreas requirentes y el área de control del abasto pudieron especificar el requerimiento de compra de forma más adecuada o eficiente comparado con años anteriores, al saber que debido al acuerdo con la OCDE se estaba poniendo más atención en el proceso de compra del IMSS dentro y fuera del Instituto; y (2) la cantidad comprada puede no ser un buen control porque para ambos institutos parece un dato atípico, la cantidad se redujo sustancialmente entre 2010 y 2011. En el IMSS cayó 10.6% y en el ISSSTE disminuyó 29.6%. Decimos que es atípico porque la cantidad comprada depende del número de derechohabientes y del cambio en morbilidad, que son relativamente estables, además de que para el cálculo de compra se suele utilizar como base la cantidad comprada el año inmediato anterior²⁵. Por lo tanto, esperaríamos que la cantidad aumentara con el tiempo y que no cayera en la magnitud que muestran los datos.

Por otro lado, intentamos probar que el efecto de la OCDE sobre los precios de los medicamentos del IMSS tendría mayor intensidad en las claves en las que se sospecha que los proveedores se estaban coludiendo. El IMSS dividió la compra de 2010 en tres zonas por cada clave y por lo tanto, en tres contratos por clave. Al hacer esto, pudo incentivar a los proveedores a repartirse los contratos (en función de las zonas) sin necesidad de competir en precios. Tomamos como sospecha de colusión los casos en que los licitantes ganadores difieren por zona (para cada clave de medicamento)²⁶ y como casos de no colusión las claves en las que el mismo licitante gana en las tres zonas. Si el efecto de la OCDE sobre los precios de compra es más intenso para los casos en los que se sospecha de colusión, deberíamos observar que la interacción de este efecto con el de la intervención de la OCDE (post intervención), es mayor que el efecto promedio de la intervención de la OCDE por sí misma. En el Cuadro A.4 del Anexo técnico mostramos los resultados de este nuevo modelo. En este caso, mientras que la intervención de la OCDE induce a una caída promedio en los precios de todos los medicamentos de 2.84% (con un intervalo de confianza al 95% entre -5.47% y -0.2%), la intervención de la OCDE en los casos que se sospecha de colusión reduce los precios hasta 4.34% (con un intervalo de confianza al 95% entre -15.98% y 7.3%). Aunque este resultado no es estadísticamente significativo, encontramos que la presencia de la OCDE tiene mayor impacto donde se podían estar coludiendo los proveedores.

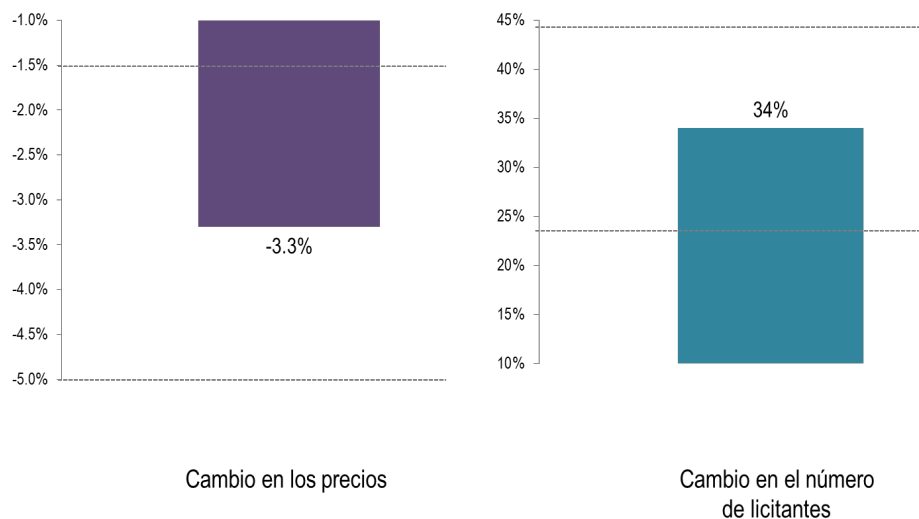
Con relación al efecto de la intervención de la OCDE en el IMSS sobre el número de licitantes que participaron en el proceso de compra de cada una de las claves de medicamentos, la estimación del modelo de DD arroja que en promedio el número de licitantes aumentó 0.59, es decir, en la mitad de las claves adquiridas participó un licitante más. Partiendo del número promedio de licitantes que participaron en 2010, la intervención de la OCDE incidió en que pasaran de 1.76 a 2.35 licitantes promedio por clave de medicamento,

²⁵ Ver pie de página 15 para una explicación sobre la disminución de la cantidad comprada en el IMSS e ISSSTE entre 2010 y 2011.

²⁶ O que el par de licitantes ganadores (de acuerdo con la fórmula de abasto simultáneo) difiere para cada una de las tres zonas.

esto es, un aumento de 34% (en el Cuadro A.3 del Anexo técnico se muestran los resultados de la estimación). La siguiente gráfica ilustra los efectos encontrados:

Gráfica 4. Efectos de la intervención de la OCDE en el IMSS sobre los precios y el número de licitantes



Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Nota: Las bandas muestran el intervalo de confianza al 95%. Para el cambio en precio la banda va de -5.05% a -1.57% y para el cambio en número de licitantes de 24% a 44%.

Discusión final

Como hemos mencionado anteriormente, el IMSS comenzó a realizar cambios en el sistema de compras desde 2006. Derivado de estos cambios, los precios de los medicamentos podrían mostrar una tendencia a la baja desde entonces. Para poder aislar el efecto de estos cambios del impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS, se requiere información de varios ciclos de compras previos a la intervención de la OCDE y previos a los cambios que realizó el IMSS. El modelo que presentamos únicamente incluye información de un periodo previo a la intervención de la OCDE y de uno posterior. Un modelo más robusto debería incluir el promedio de los precios de medicamentos de algunos periodos previos a la intervención de la OCDE y anteriores a los cambios que realizó el IMSS (i.e. previos al 2006) y el promedio de los precios de varios periodos posteriores a la intervención de la OCDE (ciclo de compras 2013 y posteriores).

De acuerdo con Bertrand, Duflo y Mullainathan (2004)²⁷, si los datos incluyeran la información promedio de varios periodos previos y posteriores a la intervención, ayudaría a eliminar el posible problema de correlación serial en la variable dependiente (en este caso en los precios de los medicamentos). Por lo tanto, si existiera alguna tendencia sistemática en los precios de los medicamentos (en este caso una tendencia a la baja), incluir varios periodos previos y posteriores a la intervención ayudaría a eliminarla. El modelo que

²⁷ Bertrand, Duflo y Mullainathan (2004). "How Much Should We Trust Differences-In-Differences Estimates?". The Quarterly Journal of Economics 119 (1): 249-275.

presentamos, no controla por la posible tendencia a la baja en los precios de compra del IMSS. Por lo que resulta complicado aislar el efecto de los cambios que ha realizado el IMSS desde el 2006 del impacto de la presencia de la OCDE en el IMSS. Esto conduce a pensar que el efecto estimado puede estar sobre-estimado.

Otra posible debilidad del modelo es que no contamos con información suficiente para mantener el supuesto de paralelismo entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. Dicho de otra forma, no tenemos información histórica tanto del IMSS como del ISSSTE que nos ayude a demostrar que la tendencia en los precios de ambos institutos es similar, y que por lo tanto, el impacto estimado se debe a la intervención de la OCDE y no a otras diferencias entre los dos grupos.

A pesar de las debilidades antes mencionadas, los resultados obtenidos nos llevan a no rechazar la hipótesis de que la intervención de la OCDE en el IMSS tuvo un impacto en los precios de compra de los medicamentos y en el número de licitantes, y por lo tanto a sostener que la presencia de la OCDE generó cambios en eficiencia que condujeron a “comprar mejor” y que cambiaron la percepción de los potenciales participantes sobre la competencia de los procesos de compra del IMSS.

2. Análisis del plan de acción del IMSS para atender las recomendaciones de la OCDE

En esta sección presentamos la estrategia del IMSS para atender las recomendaciones de la OCDE. En la primera parte, comparamos las recomendaciones de la OCDE con el conjunto de acciones que el IMSS implementó en el último año o va a implementar antes del cambio de administración para mejorar el sistema de compras y favorecer procesos competidos. En la segunda parte, explicamos cada una de las acciones y las analizamos desde la perspectiva de si atienden o no las recomendaciones de la OCDE y en qué medida se ajustan a las recomendaciones del primer reporte del IMCO. Adicionalmente emitimos nuevas recomendaciones, o refrendamos las que presentamos el año pasado, para algunos de los proyectos que el IMSS está realizando.

2.1 Proyectos del IMSS 2011-2012 para atender las recomendaciones de la OCDE

Para atender el conjunto de recomendaciones que recibió el IMSS, en particular las de la OCDE, entre febrero y marzo de 2012 el Instituto desarrolló un “Plan estratégico para la mejora integral de la gestión de compras en el IMSS” (en adelante Plan). Para su elaboración, el Instituto tomó algunas recomendaciones de ambos documentos de la OCDE y formó veinticinco categorías o áreas prioritarias de la gestión de compras.²⁸

Después de establecer las 25 áreas prioritarias para la gestión de las compras, el Instituto conformó un grupo de servidores públicos responsables de supervisar el Plan y su implementación,²⁹ quienes realizaron un primer ejercicio para alinear las 25 recomendaciones de la OCDE con las líneas de acción del IMSS que atienden las recomendaciones (más adelante mostramos la relación entre las áreas de oportunidad detectadas por la OCDE y las iniciativas propuestas por el IMSS). De las 25 áreas prioritarias, el grupo responsable del Plan definió seis líneas de acción que se tradujeron en seis mesas de trabajo, con el objetivo de delinear proyectos específicos y establecer un programa detallado de trabajo (con cronograma) para el desarrollo e implementación del Plan. Los nombres que se asignaron a las mesas de trabajo fueron: (1) Planificación estratégica; (2) Profesionalización; (3) Macro-procesos; (4) Sistema integral de información; (5) Normatividad y transparencia, y (6) Comunicación e información.

Los trabajos de las mesas derivaron en la redefinición de los retos estratégicos. De esta manera, terminaron con cinco categorías, cada una con proyectos o acciones prioritarias (con responsables, entregables y fecha de entrega), que en total suman dieciocho compromisos. El cronograma de trabajo se dividió en dos fases: ejecución y monitoreo, de abril a noviembre de 2012, y revisión y evaluación de resultados, entre noviembre y diciembre de 2012³⁰. A continuación mencionamos las cinco categorías, o retos estratégicos como los llama el Instituto, y mostramos paralelamente cuáles son las recomendaciones de la OCDE (R1, R2, etc.) que se atienden con los proyectos (1.1, 1.2, etc.) bajo cada reto.

²⁸ Ver “Plan estratégico para la mejora integral de la gestión de compras en el IMSS”, Febrero 2012 (fase de planeación e instauración de mesas de trabajo).

²⁹ El responsable y líder del proyecto es el Titular de la Unidad de Administración, C.P. Jorge Mora. Todas las acciones relacionadas con profesionalización y certificación del personal recaen sobre la Unidad de Personal. A su vez, la evaluación de los avances del proyecto recaen sobre la Titular de Unidad de Organización y Calidad, Lic. María de Lourdes del Palacio.

³⁰ Vale la pena mencionar que es poco probable que la fase de revisión y evaluación de resultados se lleve a cabo ya que en estas fechas se estará entregando la administración del Instituto al próximo gobierno.

Reto estratégico 1: Estrategia de adquisiciones del IMSS y gestión del desempeño

Objetivo: Desarrollar un modelo de negocio que alinee la misión y visión institucional con los procesos, los sistemas y la infraestructura.

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)	Acciones prioritarias (iniciativa IMSS)
R1. El IMSS carece de una estrategia para las adquisiciones que se comunique a toda la Institución.	1.1 Formulación de un Plan Estratégico de Negocios para orientar y posicionar como estratégica la función de abasto.
R2. La disponibilidad de información sobre compras en el IMSS es insuficiente, lo que compromete considerablemente distintas actividades estratégicas de gestión.	1.2 Formulación e implementación de un Plan de Difusión para dar a conocer los motivos y principales recomendaciones de la OCDE así como el Plan Estratégico de Negocios.
R3. No se da seguimiento al desempeño de la función de adquisiciones.	

Reto estratégico 2: Desarrollo de recursos humanos

Objetivo: Profesionalización del personal relacionado con los procesos de compra, incluyendo a los usuarios (o áreas requirentes).

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)	Acciones prioritarias (iniciativa IMSS)
R.4 Diversas deficiencias en conocimiento y capacidad obstaculizan el desarrollo de una función de adquisiciones eficiente y eficaz.	2.1 Implementación de un programa para fortalecer el sentido de pertenencia institucional y concientizar sobre la importancia de las funciones de compras en el logro de los objetivos del Instituto.
R.5 La actual falta de gestión estratégica y planeación de recursos humanos afecta negativamente el nivel de habilidad, eficiencia y satisfacción del trabajo.	2.2 Implementación de un programa de profesionalización en el área de compras para que el personal cuente con habilidades ad hoc a sus funciones. 2.3 Implementación de un programa de certificación de 600 especialistas acreditados para la función de compras.

Reto estratégico 3. Integrar un macro proceso de la cadena de suministro

Objetivo: Integrar un macro proceso de compras donde converjan de manera transversal todas las áreas involucradas.

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)	Acciones prioritarias (iniciativa IMSS)
R6. Las estrategias de adquisición para satisfacer determinadas necesidades no toman en cuenta toda la información ni los riesgos pertinentes.	3.1 Mejorar la administración de inventarios con el apoyo de estadísticas de servicio. 3.2 Mejorar la integración de los requerimientos de

R7. Los métodos de evaluación flexibles (como los de puntos y porcentajes) se utilizan poco en el IMSS.	bienes de consumo (ciclo 2013) y sus términos y condiciones. Incluye la determinación de una fórmula para determinar necesidades.
R8. Los métodos de selección del IMSS se centran en la modalidad de adquisiciones del precio más bajo.	3.3 Comunicación entre las áreas requirentes, de investigación de mercado y contratantes para el proceso de compras.
R9. El manejo del IMSS del proceso de pedidos e inventario no maximiza los beneficios de la función de adquisiciones.	3.4 Dar seguimiento al cumplimiento de contratos y evaluación de proveedores para reducir al máximo las compras emergentes (con un tablero de control para la detección oportuna de proveedores que incumplen).
	3.5 Formalización de contratos marco (en particular para medicamentos de patente, biotecnológicos y para el VIH).
	3.6 Catálogo de mejores prácticas junto con un protocolo de líneas de acción para su implementación.

Reto estratégico 4. Consolidar un sistema integral de información

Objetivo: Generar un sistema de información que integre todo el proceso de suministro: el expediente médico electrónico, el consumo agregado, la compra y órdenes de reposición, el ejercicio del presupuesto, la disponibilidad de insumos y la información de los proveedores.

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)	Acciones prioritarias (iniciativa IMSS)
R10. El IMSS no se beneficia de sesiones informativas con los proveedores.	4.1 Lograr la comunicación entre los sistemas de información institucionales y de estos con el CompraNet (proclive a integrar la información, así como de dotar de información a los usuarios).
R11. El IMSS puede mejorar su interacción con el mercado.	
R12. Ciertas definiciones de las necesidades del IMSS y de las bases de licitación no son claras y carecen de un mercado (o proveeduría).	
R13. Un número importante de propuestas no se evalúan conforme a las bases de la licitación.	
R14. En algunos contratos importantes, el IMSS experimenta un desempeño deficiente de proveedores, como consecuencia del uso limitado de los recursos legales disponibles.	
R15. La instrumentación de estrategias de suministro y de programas de gestión del desempeño de los proveedores, mejoraría la calidad de los servicios recibidos.	

Reto estratégico 5. Integridad y transparencia en los procesos de contratación

Objetivo: Actualizar y aplicar la normatividad y fomentar la transparencia en materia de adquisiciones en todo el proceso

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)	Acciones prioritarias (iniciativa IMSS)
R16. El IMSS puede cambiar la cultura de la institución al adoptar un mecanismo preventivo. Este, debe centrarse en fomentar ciertos valores a la par del actual enfoque basado en el cumplimiento.	5.1 Manual del comprador (con normas, lineamientos y guías).
R17. Existen mecanismos para denunciar las conductas indebidas, pero ofrecen poca protección a los denunciantes.	5.2 Metodología de elaboración de investigaciones de mercado regionales para homologar el proceso de identificación de precios, proveedores y calidad de insumos a nivel regional.
R18. El IMSS puede implementar medidas para garantizar la transparencia de la compra y de la asignación de los contratos, así como de la distribución de los medicamentos.	5.3 Manual del usuario requirente (con normas, lineamientos y guías para identificar necesidades y solicitar la adquisición de los insumos).
	5.4 Guía rápida para el proveedor que le permita conocer los trámites que debe efectuar para vender sus productos o servicios al IMSS.
	5.5 Modernizar la BUO (trazabilidad y transparencia de las compras a través de este sistema) y actualizar el manual de usuario del sistema.
	5.6 Revisión de estructura orgánica y funciones en Nivel Central, Delegaciones y UMAEs para hacer eficiente el proceso de abasto (actualización del manual de organización y propuesta de estructura orgánica).
	5.7 Alinear los procesos del sistema de profesionalización con la normatividad (publicación e inscripción de la Norma al catálogo institucional).

Además de las cinco áreas prioritarias, el IMSS ha identificado un conjunto de recomendaciones de la OCDE al que no se asignó una actividad o iniciativa específica para su atención prioritaria. Este conjunto de recomendaciones está enfocado en generar procesos de compra más competidos.

Área de oportunidad (perspectiva OCDE)
R19. Fomentar oportunidades para ejercer el poder de compra.
R20. Coordinación con la SFP, la CFC y adopción de mejores prácticas.
R21. Combatir prácticas que favorecen la colusión.
R22. Incrementar el uso de mecanismos de competencia.
R23. Reacondicionamiento de los estudios de mercado.
R24. Actividades de monitoreo e intercambio de información con otras entidades que compran.

De las 25 recomendaciones, percibimos que los diversos obstáculos que enfrenta el IMSS para comprar eficientemente se pueden categorizar en tres grandes rubros: (1) la ineficiencia administrativa; (2) la falta de transparencia y la posible corrupción y (3) la falta de procesos de compra competidos. En los tres casos, la mala gestión induce al desperdicio de los recursos públicos, y en consecuencia, a que la calidad de la atención al derechohabiente se reduzca.

Como hemos mencionado, el presente estudio es una encomienda para analizar las acciones tomadas por el IMSS para mitigar los riesgos asociados a la falta de competencia, sin embargo, dadas las restricciones de tiempo que impone el cambio de sexenio, el Instituto decidió enfocarse en atender las ineficiencias administrativas del sistema de abasto y dejar de lado las recomendaciones enfocadas en generar procesos de compra competidos.

En el IMCO consideramos que existen diversas circunstancias en las que la mejora en eficiencia y/o el combate a la corrupción, generan, como efecto colateral, procesos de compra más competidos. Por un lado, disminuir la posibilidad de manipulación de los requisitos de las convocatorias (que podrían favorecer a un proveedor en particular), fomenta la entrada de más participantes. Por el otro, contar con información más completa y con mejores investigaciones de mercado puede ayudar a elegir procedimientos de compra competidos, es decir, *ad hoc* a las condiciones de mercado. Con relación al momento de la adquisición, los errores administrativos y los acuerdos potenciales entre un proveedor y un servidor público, se traducen en la contratación de empresas que no necesariamente son las más calificadas o las que ofrecen el mejor precio. Finalmente, los términos y condiciones del contrato podrían incidir en una caída de la participación de los oferentes en los procesos de compra del siguiente año. Con esta óptica realizamos la evaluación que a continuación presentamos.

2.2 Evaluación de las acciones del IMSS encaminadas a atender las recomendaciones de la OCDE

Después de recibir las recomendaciones de la OCDE, el IMSS dedicó los meses de enero a marzo de 2012 a delinear la estrategia para atender las recomendaciones de la mejor forma. El primer ejercicio consistió en definir a la gestión de compras como parte fundamental de la misión institucional:

“Contribuir al logro de los resultados estratégicos del IMSS mediante la satisfacción de la demanda de bienes y servicios en las mejores condiciones (oportunidad, calidad, precio) con un proceso moderno, eficiente, transparente y apegado a la normatividad.”³¹

Para lograr posicionar la labor de compras como pieza fundamental de los servicios que otorga el IMSS, la Unidad de Administración vio necesario trabajar dos ejes principales:

1. Adoptar las mejores prácticas, metodologías y sistemas relacionados con la cadena de suministro (o ciclo de abasto) para garantizar que el IMSS cuente con los bienes y servicios para atender al derechohabiente con la mejor calidad, en tiempos oportunos, con costos bajos y con apego a la legislación y normatividad vigente.

³¹ Definición de la Misión de la gestión de compras en Resultados de la sesión de enfoque estratégico de la gestión de compras del IMSS (febrero 2012), Dr. Rafael Lorenzo, Tecnológico de Monterrey.

2. Contar con la estructura orgánica adecuada para la labor de compra y con un equipo motivado, profesional y certificado que opere el proceso de abasto de manera eficaz, transparente y eficiente, buscando maximizar el valor de la cadena de suministro.

De estos dos ejes surgieron los cinco retos estratégicos arriba mencionados, que a su vez se tradujeron en 18 iniciativas o acciones. En esta sección, explicamos la lógica de cada reto, el avance en su implementación y el impacto de algunas de las acciones que conforman cada uno de los cinco retos. A la par, desarrollamos recomendaciones adicionales a las iniciativas propuestas por el grupo de trabajo del IMSS y/o señalamos en qué sentido podrían implementarse o profundizarse las recomendaciones aún pendientes.

Reto estratégico 1: Estrategia de adquisiciones del IMSS y gestión del desempeño

El primer reto determinado por el IMSS es la formulación de un plan estratégico “cuyo propósito es orientar y posicionar la función de abasto como tarea estratégica”³². El Plan busca establecer nuevas normas generales para todos los procesos de adquisición de bienes y servicios en el IMSS³³.

1. Normas generales para todas las adquisiciones de bienes y servicios

En primer lugar, el Plan establece las políticas básicas de adquisiciones que deberá seguir cualquier unidad compradora del Instituto:

(a) Vigencia de los contratos. Las licitaciones del IMSS deberán cubrir cuando menos el ejercicio fiscal completo para el cual se efectúa la licitación, es decir, como mínimo serán anuales (es deseable, en la medida de lo posible, sostener contratos multianuales)³⁴.

Esta política se incorporó al Plan porque encontraron que existían contratos trimestrales que obligaban al Instituto a realizar procesos licitatorios cada tres meses, lo que llevaba a cubrir costos altos, tanto en costos administrativos, como en el desaprovechamiento de economías de escala derivado de fraccionar las compras en pequeños procesos licitatorios, en lugar de hacerlo en un solo proceso. Por esta razón, los contratos con vigencia menor a un año están prohibidos dentro del Plan.

(b) Precios. Todas las licitaciones deberán hacerse con precios fijos para la vigencia del contrato, por ningún motivo se considerarán cláusulas que pretendan reconocer escalamientos o revisiones de precios en la vigencia del contrato. La razón de esta política es que notaron que algunos contratos relacionados con la compra de servicios integrales permitían modificar los precios durante la vida del contrato con ventajas muy favorables para el proveedor. Incluso, en los contratos de medicamentos el precio se podía ajustar previa

³² Para el recuento de este documento se entrevistó al Titular de la Unidad de Administración, C.P. Jorge Mora Aguilar (2 de julio de 2012) y se revisó el Plan Estratégico en su versión del 18 de junio de 2012.

³³ El presente análisis se enfoca en revisar las nuevas normas y su impacto para la compra de medicamentos, aunque reconocemos que el IMSS también adquiere servicios integrales, material de curación, material radiológico y de laboratorio, artículos de aseo y material para limpieza, aparatos de ortopedia y prótesis, ropa para servicios médicos, ropa contractual, víveres, útiles de oficina, impresos y mobiliario y equipo administrativo, artículos de cocina y comedor, artículos deportivos y materiales diversos.

³⁴ De acuerdo con la opinión del C.P. Jorge Mora, Titular de la Unidad de Administración (en entrevista; 2 de julio de 2012). Sin embargo, el Plan no señala que los contratos plurianuales siempre sean deseables, únicamente establece que se podrán llevar a cabo siempre que convenga a la institución y previo al cumplimiento de la legislación (p. 4 del Programa de Planeación Estratégica de las Adquisiciones, versión 18 de junio de 2012).

justificación del proveedor de un cambio en la estructura de mercado que afectara los precios (por ejemplo, si se elevaban los precios de los insumos).

(c) De los catálogos de bienes. La normativa central de abastos será la única aceptable para la conformación y actualización de los catálogos que han de utilizarse para las licitaciones. No se reconocerá la contratación de bienes no previstos en los catálogos normados. Además, están preservando una política de sustitución por medicamentos equivalentes.

(d) De los contratos. La Coordinación de Adquisición de Bienes de Consumo y Servicios será la responsable de establecer los contratos tipo que regirán la formalidad de las relaciones comerciales entre el IMSS y los proveedores de bienes y servicios, previa validación de la Dirección Jurídica del Instituto. El contrato tipo se remitirá a las delegaciones y UMAEs para su utilización estricta y obligatoria en las licitaciones que efectúen a nivel local. Esta política intenta homogeneizar el proceso de compra entre el nivel central, las delegaciones y UMAEs para que las contrataciones sean más fáciles y eficientes para el Instituto y los proveedores.

(e) De la solicitud que formulen las delegaciones, UMAEs y normativas centrales para la licitación de bienes de consumo y servicios. Es responsabilidad de las áreas que solicitan la adquisición de bienes de consumo, contratación de servicios y adquisición de equipos médicos o administrativos, planearlo con tiempo suficiente para garantizar la disponibilidad de los bienes. Para la correcta aplicación de esta directriz es necesaria la elaboración del Manual del usuario interno (o del área requirente) que delinee el proceso paso a paso para la adquisición exitosa de los bienes y servicios (describimos con detalle el Manual en la sección de análisis del Reto estratégico 5). Además del tiempo de planeación, la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios previo a la solicitud de la compra identifica las necesidades y las características específicas de los bienes y servicios a adquirir, analiza el presupuesto disponible para dicha compra, justifica la compra y realiza una investigación de mercado “breve” para los bienes y servicios que se compran con baja frecuencia (esto con el objetivo de justificar mejor la compra).

(f) De la disponibilidad presupuestal para iniciar los procesos licitatorios. Sin excepción se deberá tramitar y disponer del dictamen de disponibilidad presupuestal previo (DDPP) que emite la Dirección de Finanzas para iniciar cualquier tipo de adquisición de bienes o contratación de servicios. Sin el DDPP, el área contratante no podrá efectuar el proceso licitatorio.

Es importante mencionar que todas estas políticas recaen en la integración de un grupo de trabajo que reúna al área de administración con la de finanzas y el área médica (u otras áreas requirentes).

2. Qué debe comprar el IMSS

En segundo lugar, el Plan establece los lineamientos generales para el tipo de insumos terapéuticos que, de acuerdo con las obligaciones del IMSS señaladas en la Ley del Seguro Social, debe y puede comprar el Instituto.

(a) Qué enfermedades debe tratar. Las necesidades de salud de la población siempre serán mayores que los recursos públicos y privados disponibles para atenderlas. Por ello, periódicamente debe evaluarse la cobertura de los servicios ofrecidos, lo cual implica realizar un análisis costo-beneficio de las intervenciones de salud, y del paquete de bienes y servicios asociado a estas intervenciones.

Cabe señalar que el Plan no establece las prioridades de las intervenciones ni lo que debe conformar el paquete obligatorio de servicios de salud. En el fondo, lo que podemos interpretar del Plan es que el IMSS podría estar buscando revisar la política del estado mexicano en materia de seguridad social, incluyendo este tema como parte de la discusión de una reforma integral al sistema de salud.

(b) Conformación del Cuadro Básico IMSS. El Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS es un subconjunto del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud (CBMSS). El IMSS cuenta con un comité interno que determina la inclusión o exclusión de los medicamentos del Cuadro Básico con base en tres criterios: seguridad, eficacia y costo-beneficio.

En el primer reporte del IMCO describimos los procesos de inclusión y exclusión de los medicamentos del Cuadro Básico del IMSS (p. 21). En términos del proceso de inclusión de medicamentos, el ciclo comienza cuando los proveedores solicitan la inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico. El Área de Evaluación Científica y Apoyo Tecnológico (AECAT) es la responsable de realizar un análisis sobre la conveniencia de incluir un medicamento al Cuadro IMSS y de presentarlo ante el Jefe de Área de Cuadro Básico. Si éste último considera conveniente la inclusión del medicamento, entonces se inicia un proceso para evidenciar y justificar su inclusión. También describimos que partir de mayo de 2011, el proceso de inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico del IMSS había sufrido ligeros cambios, uno de ellos en el sentido de que si el Comité de Cuadros Básicos lo consideraba procedente, la propuesta de inclusión se presentaría ante tres Direcciones del IMSS: Finanzas, Administración y División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud. El objetivo de estos ajustes era darle especial importancia a las restricciones económicas. Para ello también se ha buscado promover la inclusión de medicamentos de bajo costo, en su mayoría genéricos, al Cuadro de medicamentos.

Con relación al proceso de exclusión hay dos razones para sostenerla: (1) cuando la Coordinación de Control del Abasto realiza un análisis sobre la utilización de los medicamentos que se compran cada año y recomienda que se excluyan los que el área médica no requiere (porque no los utiliza a pesar de requerirlos como una necesidad médica), y (2) cuando el área médica y la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI) realizan un reporte de los medicamentos con efectos nocivos para la salud (mismos que envían a la Cofepris para su evaluación).

En el primer reporte del IMCO, apuntamos que era importante institucionalizar y transparentar el análisis y la evaluación realizada para la inclusión y exclusión de los medicamentos del Cuadro IMSS. El Plan, justamente señala que la Dirección Médica a través de un grupo de expertos definirá cuales son los medicamentos que es deseable que conformen el Cuadro Básico del IMSS, y que la decisión final de su inclusión se tomará colegiadamente entre la Dirección Médica, de Finanzas y de Administración, tomando en cuenta los siguientes principios y tareas para cada una de las direcciones:

“Dirección Médica, evaluación de la efectividad del medicamento para el tratamiento de los padecimientos, impacto en la salud de los derechohabientes en cuanto a volumen de derechohabientes beneficiados con su inclusión; sustitución o nueva inclusión sin sustitución.

Como primer regla, se establece que cualquier nueva inclusión debe beneficiar la salud de cuando menos el 0.1% de la población derechohabiente total a la fecha de la evaluación. Como segunda regla, establecen que el costo anual de inclusión del medicamento debe ser inferior al 0.2% del gasto total que se dedica a la compra de medicamentos. Si el costo es mayor al 0.2%, ni siquiera se presentará a consideración de las

direcciones, salvo que se trate de una sustitución o inclusión excepcional, en tal caso se evaluará con reglas excepcionales”.

Es importante señalar que para establecer las cotas que presentan estas dos reglas no se llevó a cabo un análisis metodológico. De acuerdo con el Titular de la Unidad de Administración, “el sentido común llevó a establecer los porcentajes”³⁵. La lógica para establecer en el Plan estas cotas es que los medicamentos que se incluyen en el cuadro básico suelen ser los más caros (generalmente son nuevos medicamentos para tratar enfermedades huérfanas) entonces, para incluirlos en el cuadro deben beneficiar al menos a 50 mil derechohabientes para que cubra el costo de oportunidad, es decir, el costo de dejar de atender otras enfermedades, aumentar las filas de espera o desplazar a otros pacientes³⁶. De igual manera, el costo anual de inclusión debe ser menor a 50 millones de pesos. Aplicando la misma lógica; incluir un nuevo medicamento al cuadro, implica dejar de comprar otros medicamentos³⁷.

“**Dirección de Finanzas**, evaluación del impacto financiero por los siguientes 10 años, considerando los diversos factores que inciden en el costo: inflación, duración de la patente, cambios en la morbilidad, población derechohabiente potencialmente beneficiada, contraste contra otros posibles ahorros en incapacidades, intervenciones quirúrgicas, días-paciente, estudios clínicos, sustitución de otro u otros medicamentos, etc.”.

“**Dirección Administrativa**, adquisición de los medicamentos a partir de la fecha de inclusión en el cuadro básico, previa validación del cumplimiento de las reglas para la inclusión del medicamento.

Si el resultado de comparar el gasto del medicamento que se pretende incorporar al cuadro básico, contra el ahorro que se generaría por la sustitución y la disminución de la prestación de otros servicios resulta en un ahorro de cuando menos 5%, el medicamento califica para su inclusión, de otra manera se rechaza ya que estaría desplazando recursos financieros en detrimento de otros insumos y afectando la permanencia de la institución y prestación del servicio médico³⁸.

Se debe prestar particular interés a la exclusión de medicamentos. El avance en las prácticas médicas y la constante innovación en la farmacéutica pueden resultar en la decisión de excluir o sustituir un medicamento que se encuentre dentro del cuadro básico. En este caso, bastará con la decisión del área médica para su exclusión; también podrá incluirse la propuesta de las Direcciones de Finanzas y de Administración, en tal caso, el área médica evaluará la propuesta desde el punto de vista del impacto en la prestación del servicio médico, y en consecuencia dará su dictamen de aceptación o rechazo.”

Apegándose a estos principios, el Instituto comenzó a sustituir los medicamentos por equivalentes de menor precio. De acuerdo con una estimación de la Coordinación de Control de Abasto, hasta junio de 2012, se habían sustituido 16 claves de medicamentos generando un ahorro de 47.6 millones de pesos. La decisión de sustituir estos medicamentos surgió del área de finanzas, la cual cuenta con un área médica enfocada en

³⁵ Entrevista con el C.P. Jorge Mora (31 de julio de 2012), Titular de la Unidad de Administración.

³⁶ Como ejemplo, el Titular de la Unidad de Administración mencionó que atender a 100 personas que padecen enfermedades huérfanas con nuevos medicamentos que no son parte del cuadro básico, implica dejar de atender a las delegaciones de Colima, Nayarit y Baja California Norte (con un presupuesto en conjunto de 700 millones de pesos).

³⁷ Como ejemplo para establecer el umbral de 50 millones de pesos, el Titular de la Unidad de Administración mencionó que el costo anual de la Metformina (medicamento con el que se trata la diabetes) es de 40 millones de pesos al año. Por lo tanto, el costo de oportunidad de incluir un nuevo medicamento debe ser igual o menor al de dejar de comprar toda la Metformina.

³⁸ La cota establecida en esta regla, que el ahorro sea mayor al 5% del gasto por la inclusión del medicamento, de acuerdo con el Titular de la Unidad de Administración, obedece a las cotas que se suelen utilizar en los análisis de costo-efectividad. Otra línea para establecer esta cota es que al menos cubra el costo de inversión (por ejemplo, comparándolo con el rendimiento de los CETES).

realizar los análisis costo-efectividad de los medicamentos.³⁹ El área de finanzas intercambió información y discutió la propuesta de sustitución con el área médica del IMSS y con los laboratorios. Con la primera, para estar seguros de que el análisis costo-efectividad es adecuado, y con los segundos para saber si existe proveeduría de los medicamentos que sustituirán a los de patente. El área de administración también participó en este proceso, su principal labor es ejecutar la sustitución de los medicamentos, esto es, decidir qué porcentaje de la patente se va a sustituir en un primer momento de acuerdo con las existencias de la patente en almacén (generalmente cuentan con 2 meses de existencias) y llevar a cabo la sustitución.

Lo que no es claro en este apartado del Plan son las cotas establecidas para la inclusión de medicamentos, específicamente el hecho de fijar reglas generales de decisión sin una explicación, más allá del “sentido común”, que justifique el valor de la cota (por ejemplo, la primer regla que establece que cualquier nueva inclusión *debe beneficiar la salud de cuando menos el 0.1% de la población derechohabiente total* o la segunda regla; *el costo anual de inclusión del medicamento debe ser inferior al 0.2% del gasto total que se dedica a la compra de medicamentos*).

3. Cómo debe comprar el IMSS

En tercer lugar, el Plan establece líneas generales de acción para la compra estratégica de los insumos médicos.

(a) Detección del 80/20. De todos los medicamentos que compra el IMSS, 20% de las claves concentran el 80% del gasto. Bajo la “regla del 80-20” (o Ley de Pareto), la atención de las áreas involucradas con las adquisiciones debiera centrarse en este grupo de claves.

Cuadro 1. Número de claves y porcentaje del gasto total en medicamentos (Ejercicio fiscal 2011)

Número de claves	Claves (como % del total)	% acumulado claves	Gasto	Gasto (como % del total)	% acumulado gasto
57	6	6	10,654,050	49.8	50
29	3	9	2,215,785	10.3	60
111	12	21	4,355,205	20.3	80
116	12	33	2,137,314	10	90
629	67	100	2,050,121	9.6	100
942	100	-	21,412,474	100	-

Fuente: Unidad de Administración, IMSS.

Con esta lógica, el Plan establece que las compras de medicamento se deben segmentar en familias de gasto, conformando tres grupos con niveles de atención y seguimiento diferenciado para su adquisición. En el “grupo A” se incluirán las claves cuyo monto de consumo anual en valor integren 80% del gasto total destinado a medicamentos, excluyendo los medicamentos que se negocian en la CCNPM (medicamentos con

³⁹ Una de las innovaciones en el IMSS para resolver estos temas, es que el área de finanzas cuenta con una contraparte del área médica, es decir, tiene un área médica propia enfocada en realizar análisis costo-efectividad que sirve como contrapeso a las decisiones que toma el área médica.

patente).⁴⁰ La licitación debe ser lanzada en forma individual y debe aplicarse la metodología de ofertas subsecuentes de descuento (OSD) para asegurar los mejores precios posibles.⁴¹ En el “grupo B” están las claves que conforman el siguiente 10% del gasto total destinado a medicamentos y también se aplicará la metodología de OSD.

Finalmente, el “grupo C” estará constituido por las claves que conformen el restante 10% del gasto total destinado a medicamentos. Solamente en este grupo se deberán excluir de la licitación las claves que hayan tenido un consumo anual menor a un millón de pesos, ya que estas serán adquiridas a través de invitación a cuando menos tres proveedores y con entrega de sólo dos veces en el año si el monto de lo contratado para la delegación ó UMAE es superior a \$120 mil pesos y en una sola exhibición si el monto es menor a los \$120 mil.

Aunque en el Plan no se establece una clara diferencia entre la atención y el seguimiento que se debe dar a los tres grupos, de acuerdo con el Titular de la Unidad de Administración⁴² la atención del grupo de trabajo integral (conformado por funcionarios de las direcciones de administración, finanzas y médica) deberá centrarse en las claves que conforman el grupo A. En general, la atención de los funcionarios a lo largo del proceso de suministro deberá focalizarse en el grupo A, incluso el Titular de la Unidad de Administración pidió a sus consultores externos, como Aklara, que centren sus esfuerzos en este grupo de medicamentos.⁴³

(b.1) Participación del IMSS en la Comisión Negociadora de Precios de los Insumos para la Salud (CCNPM). La compra de medicamentos con patente vigente y de algunos genéricos con proveedor único se hace de forma consolidada entre las principales instituciones del sector salud (SSA, IMSS, ISSSTE) a través de la CCNPM que negocia directamente con los fabricantes. El precio negociado es de observancia obligatoria en los procesos de compra de las dependencias y entidades públicas federales que forman parte de la CCNPM.

El Plan menciona que este proceso de negociación es de suma relevancia para el IMSS debido a que dentro de la CCNPM se podría negociar, no solo el precio de los medicamentos de patente, sino de los lisosomales, biotecnológicos, antirretrovirales, huérfanos y otros genéricos de proveedor único cuyo costo en conjunto representa 30% del gasto total en medicamentos del IMSS.⁴⁴ Así mismo, señala que sería deseable que el IMSS y la Secretaría de Salud fuesen los líderes de la Comisión, ya que por el volumen de compra del IMSS (casi el 60% de lo que compra la Comisión en conjunto) conviene una negociación bien estructurada y con óptimos resultados.

⁴⁰ Esta cota además de reflejar la Ley de Pareto, de acuerdo con el Titular de la Unidad de Administración, obedece a una regla contable de clasificación y administración de inventarios. Se le llama ABC por sus siglas en inglés; A Better Control.

⁴¹ Cabe señalar que aunque utilizar OSDs siempre que sea posible es una de las recomendaciones de la OCDE como medida preventiva contra la colusión, de acuerdo con la literatura, las OSDs no siempre consiguen obtener mejores precios (ver Kovacic et. al. en Handbook of Procurement (2008), Cap. 15).

⁴² Entrevista con el C.P Jorge Mora (2 de julio de 2012), Titular de la Unidad de Administración.

⁴³ El número de claves licitadas por OSD se conocerá con seguridad hasta que se emita la convocatoria del ciclo de compras 2013. Hasta ese momento, no podemos saber si los procesos de compra efectivamente se apegaron al Plan y si el número de claves licitadas por OSD aumentó de forma significativa respecto al año pasado.

⁴⁴ De este 30%, los medicamentos de patente representan 17.9% del gasto total.

En la primera parte del estudio del IMCO señalamos que “para los casos de bienes y servicios que comprometan grandes recursos y/o que tienen un número reducido y volátil de proveedores, es indispensable utilizar inteligencia de mercado con la ayuda de estudios muy completos para conocer a profundidad el mercado (oferta, demanda, proveedores y la influencia del IMSS sobre el propio mercado) y así desarrollar estrategias sofisticadas de una política comercial e industrial (...)” (p. 87). Además, que “para diseñar un buen proceso de negociación podrían realizarse investigaciones de mercado de aquellas familias que son estratégicas para las compras del IMSS (...) Estas investigaciones de mercado, más allá de indagar si existe la proveeduría y el precio de la mediana de mercado, tienen que profundizar en las condiciones y características de los oferentes y del IMSS como demandante, para finalmente calcular el poder de negociación del Instituto” (p. 44). También se señaló que en algunos casos los medicamentos de patente podrían enfrentar la competencia de posibles sustitutos terapéuticos,⁴⁵ en cuyo caso la CCNPM puede negociar los precios y condiciones para el sector salud en México, utilizando la capacidad de adquirir un medicamento sustituto como una amenaza creíble.

En este sentido, el Plan señala que las tres direcciones (administración, finanzas y área médica) deberán coordinar esfuerzos para formar parte activa de la CCNPM en todas sus actividades: la planeación de la estrategia de negociación, el análisis del mercado interno y externo (para estimar el mejor precio de compra para el sector salud en México), y otras condiciones como el término de la patente y los posibles competidores que producen los medicamentos equivalentes, la posibilidad de adquisición plurianual, entre otras. Desde la primera ronda de negociación de la CCNPM en el 2012 (y desde años previos), se pusieron sobre la mesa estas líneas de discusión. El área de finanzas fue la responsable de armar el análisis y junto con el área de administración presentaron los argumentos a la CCNPM, para negociar el precio de más de 150 presentaciones de medicamentos con más de 20 laboratorios. Esta estrategia generó en el 2011 un ahorro conjunto del sector salud de 2,075 millones de pesos, que equivalen a 10% del gasto total del IMSS en medicamentos.⁴⁶

También mencionamos en la primera parte del estudio del IMCO, que un paso adicional a la compra en coordinación con las instituciones del sector salud, sería la implementación de un convenio marco (p. 52).⁴⁷ En este sentido, el Plan sugiere la posibilidad de tener un convenio marco, tanto para medicamentos de patente como para los lisosomales, biotecnológicos, antirretrovirales, huérfanos y otros genéricos de proveedor único,⁴⁸ para toda la administración pública con el fin de hacer eficientes los procesos de compra y conseguir mejores condiciones, y facilitar la formalización y administración de los contratos.

⁴⁵ Esto quiere decir que pueden existir en el mercado otros medicamentos con fórmulas distintas cuyo efecto terapéutico es equivalente. Al respecto, el Consejo de Salubridad General en 2007 evaluó 133 medicamentos con patente vigente con el objeto de determinar posibles sustitutos de cada uno de ellos. Encontraron que en el 74% de los casos el poder monopólico de los productores de estos medicamentos podría estar limitado por alternativas terapéuticas iguales o mejores, si se hiciera una adecuada difusión de la presencia del sustituto y si existieran los incentivos para que estos medicamentos fuesen prescritos (GSG, 2007).

⁴⁶ Con datos del Segundo Informe de los Trabajos 2011-2012 de la CCNPM. Subsecretaría de Integración y Desarrollo de Sector Salud.

⁴⁷ Un convenio marco se puede definir como el acuerdo de voluntades que celebran dos o más dependencias públicas con uno o más proveedores, mediante el que se establecen las condiciones que regularán la adquisición de bienes y servicios, su duración, y de manera general, las especificaciones técnicas y de calidad que, posteriormente, mediante contratos específicos, en su caso, serán formalizados entre el proveedor y la unidad contratante (en este caso, el IMSS, el ISSSTE, la SEDENA o cualquier otra institución de gobierno que compre los bienes o servicios que se incluyen en el convenio marco).

⁴⁸ Convenio de medicamentos de fuente única (patente, fabricante único y sin alternativa terapéutica).

Para regular este tipo de convenios, la LAASSP señala que “la Secretaría de la Función Pública (SFP) podrá promover contratos marco, previa determinación de las características técnicas y de calidad acordadas con las dependencias y entidades, mediante los cuales éstas adquieran bienes, arrendamientos o servicios, a través de la suscripción de contratos específicos” (...) “Asimismo, los representantes de las respectivas áreas contratantes necesitan manifestar por escrito su acuerdo para llevar a cabo la contratación bajo esta modalidad” (LAASSP Artículo 17, párrafo 2, RLAASSP Artículo 13, párrafo 1). La ley también especifica que como parte de la promoción de los contratos marco, la SFP coordinará las acciones necesarias con las dependencias y entidades para celebrar dichos contratos. Para ello deberá:

- I. Acordar con las dependencias las características técnicas y de calidad de los bienes a adquirir o arrendar o de los servicios a contratar;
- II. Realizar, con el apoyo de las dependencias y entidades, una investigación de mercado como referencia para determinar las condiciones a establecer en el contrato marco;
- III. Determinar el volumen de los bienes o servicios requeridos, para que cada contrato marco propicie la obtención de economías de escala;
- IV. Identificar las dependencias y entidades que de acuerdo a sus necesidades, pudieran celebrar los contratos específicos al amparo del contrato marco, y
- V. Difundir en CompraNet el inicio de las acciones tendientes a la celebración de cada contrato marco, a efecto de que participen el mayor número de interesados (RLAASSP, artículo 14).

Al momento en que terminamos de escribir este reporte (agosto de 2012) el convenio marco sigue en proceso, a pesar de que la fecha de conclusión era en abril de 2012. De acuerdo con el IMSS, las negociaciones ya se llevaron a cabo entre la SSA, la SFP y los laboratorios y prestadores de servicios médicos, y que corresponde a la SFP formalizar dichos acuerdos en un Convenio Marco. De acuerdo con la SFP, el Convenio Marco se encuentra en la fase final de revisión por parte de la Unidad de Asuntos Jurídicos, para que sea firmado por el Secretario y por los laboratorios. Mencionaron que pronto estará publicado en CompraNet⁴⁹. Puesto de otra forma, concluida la segunda ronda de negociación de la CCNPM (que se llevó a cabo la segunda semana de julio), aún falta la formalización del convenio acordado, la firma de todos los participantes y su aplicación para el proceso de compra actual (o el ejercicio fiscal 2012).

El Convenio Marco permitiría establecer un precio fijo para todas las dependencias que formaron parte del convenio, más allá de las que actualmente participan en la CCNPM. Es decir, el Convenio Marco sirve a los institutos de salud estatales, aunque su adhesión no es obligatoria. Además, el precio al que podrán acceder todas las instituciones de salud del país, bajo el convenio, será en teoría más favorable que el precio al que puede comprar cada institución por su lado.

(b.2) Consolidación de la compra de medicamentos entre el IMSS y el ISSSTE

Como complemento al Convenio Marco, en el primer informe del IMCO señalamos la posibilidad de consolidación de la compra de medicamentos genéricos entre las instituciones de salud (p.52). Cuando entrevistamos al personal de compras del IMSS en 2011, reportaron que era difícil ponerse de acuerdo con otras instituciones de salud, porque existen divergencias entre los esquemas de distribución de los medicamentos u otros bienes. En el caso particular del IMSS y del ISSSTE, el primero exige a los

⁴⁹ Dr. Javier Dávila Pérez (18 de julio de 2012), Titular de la Unidad de Contrataciones Públicas de la Secretaría de la Función Pública.

proveedores varias entregas en el año en aproximadamente 60 puntos, mientras que el segundo, solicita tres entregas al año en un almacén central.

La recomendación del IMCO señalaba que para explotar al máximo la consolidación de necesidades entre instituciones, se requería de un contrato en dos etapas. “Este tipo de contratos requiere que primero se agregue la información de los requerimientos de las distintas agencias compradoras para identificar la intersección de necesidades de bienes e insumos médicos entre éstas. El contrato es en dos etapas porque en la primera, los oferentes compiten por la adjudicación del bien o insumos médicos para cubrir la demanda de todas las agencias públicas sin considerar los costos de logística de distribución y entrega de los servicios. En la segunda etapa, se hace un contrato sobre el servicio de distribución y entrega de cada una de las instituciones de acuerdo a sus necesidades de tiempo, distancia y puntos de entrega. Este esquema ayuda a sobrepasar la divergencia en los esquemas de distribución de las instituciones de salud pública” (p. 52) y permite generar ahorros porque se consolida la compra en la primera etapa (agregando volumen y unificando precios) y solo se paga el sobrecosto correspondiente a las necesidades de distribución y entrega de cada institución de salud pública en la segunda etapa.

Para el Ejercicio fiscal 2012 (o ciclo de compras 2013), el IMSS va a comprar de forma consolidada 347 claves de medicamentos con el ISSSTE, lo cual representa 11% del gasto total en medicamentos del IMSS y 44% del total de claves que compra el IMSS. Asimismo, se comprarán de forma consolidada 164 claves de material de curación. En esta compra consolidada también van a participar dos institutos estatales de salud (San Luis Potosí y Baja California Norte) con 72 claves de medicamentos que representan 0.2% del gasto total del IMSS. Además, como lo ha hecho el IMSS desde 1993, va a comprar 214 claves de medicamentos de la SEDENA cuyo importe representa 0.4% del gasto total en medicamentos del IMSS y 147 claves de material de curación.⁵⁰ La compra no se va a realizar con un contrato en dos etapas, sino que todos van a comprar al mismo precio, independientemente de que los términos y condiciones de entrega son distintos.

Aunque la compra consolidada no se va a realizar en dos etapas como habíamos recomendado, se están generando economías de escala al consolidar volumen de compra. Como mencionó el Titular de la Unidad de Administración; “comprarle al ISSSTE me ayuda, es más músculo”.⁵¹ Con relación al ISSSTE, este acuerdo propicia que pague un precio menor al que actualmente paga, pero mayor al que pagaría si se negociara la compra consolidada en dos etapas. De cierta forma, el ISSSTE está cubriendo parte del costo de distribución del IMSS en 60 puntos de entrega. Además de generar economías de alcance, este esfuerzo es un primer paso para posteriormente establecer convenios marco para la compra de todos los medicamentos, incluso los genéricos.

(c) Compras centralizadas y compras descentralizadas. Desde el ciclo de compras 2008, el IMSS comenzó a centralizar las compras de bienes terapéuticos variando anualmente el número de zonas en las que se licitaba el contrato. En 2010, consolidó también las compras de bienes de inversión. El modelo de centralización del IMSS es híbrido. La negociación del contrato y su administración se hace a nivel central, y las Delegaciones y UMAEs son quienes realizan los pagos. El IMSS solicita a los proveedores que entreguen el producto en los almacenes locales, desde donde se distribuyen los medicamentos a las Unidades Médicas.

⁵⁰ Con información de la Presentación Requerimiento 2013 (13 de julio 2012), Coordinación de Control de Abasto, IMSS.

⁵¹ Entrevista con el C.P. Jorge Mora (2 de julio de 2012), Titular de la Unidad de Administración.

El Plan establece como premisa básica de la adquisición y aprovisionamiento que el nivel central deberá adquirir y coordinar el abastecimiento oportuno de al menos 97% de los insumos médicos. El 3% restante podrá ser adquirido por las delegaciones y UMAEs. El Plan no es claro en si estos porcentajes se refieren al número de claves o al gasto ejercido. Por otro lado, no ahonda en la decisión de establecer estos porcentajes como fórmula para la centralización-descentralización (97%-3%) de las compras. Lo que es claro es que el porcentaje de centralización establecido en el Plan es mayor al que se ha experimentado en el IMSS en los últimos años. En la compra de medicamentos del ciclo 2012, nivel central ejerció 93.4% del gasto total y el resto, 6.6%, se gastó en las delegaciones y UMAEs. Como porcentaje de las claves, nivel central compró 74% y las delegaciones y UMAEs compraron el 26% restante^{52,53}.

Relacionado con la estrategia de centralización del IMSS, en el primer informe del IMCO, mencionamos cuatro aspectos de la estrategia que se deberían tomar en cuenta:

Primero, que la estrategia de la centralización de las compras para generar ahorros se estaba agotando. “En 2007, el primer año en el que se centralizaron las compras de medicamentos, después de la política de descentralización que terminó en 2006 con grandes disparidades de precio y abasto entre las Delegaciones, se logró un ahorro de 2,300 millones de pesos. En contraste, el ahorro logrado en 2011 derivado de la política de centralización y de la utilización de las OSDs es de apenas 600 millones de pesos; 74% menor que en 2007” (p. 48).

Segundo, que los incumplimientos de contrato iban al alza. “En 2007, 1.44% de los medicamentos solicitados no fueron entregados, y en 2011 esta cifra fue de 7.06%” (p. 73). Además, que una parte importante de las compras emergentes (15%) se realizan porque los eventos de adquisición a nivel central se declaran desiertos (en primer, segundo o tercer intento) y la urgencia del medicamento en las unidades médicas es alta⁵⁴.

Tercero, que como efecto colateral de la centralización de las compras de medicamentos, se estaba generando una alta concentración de claves en uno o dos proveedores, principalmente porque la regionalización estaba dejando fuera a algunos oferentes locales. “En el 2006, cuando las compras se hacían de forma desconcentrada en 60 delegaciones y UMAEs, había en promedio 7 proveedores por clave. En cambio, en el 2011 con una política de centralización de las compras a través de tres regiones, se presentaron en promedio 1.4 proveedores por clave. Puesto de otra forma, en 2006 se adquirieron 86 claves con un solo proveedor y en 2011 esta relación aumentó a 515. Es decir, la concentración de claves en un solo proveedor aumentó 500% entre el 2006 y el 2011 (p. 48-49)”.

⁵² Con datos de la Unidad de Administración del IMSS.

⁵³ Aunque el Plan no es claro sobre la decisión de establecer la fórmula de 97%-3% para la centralización-descentralización de las compras, el Titular de la Unidad de Administración (en entrevista el 31 de julio de 2012), aclaró que los porcentajes se refieren al gasto total en medicamentos y que los números obedecen a la experiencia de compra de medicamentos. Quisieran comprar el 100% de los medicamentos de forma centralizada, sin embargo, la experiencia les impide comprar las claves que siempre resultan desiertas a nivel central, cuyo incumplimiento de contrato es muy alto o que solo compran algunas delegaciones.

⁵⁴ “De un total de 1,158 claves de medicamentos, 27% se compraron tanto a nivel central como a través del esquema de compras emergentes, 58% se compraron a nivel central y no se requirió ninguna compra emergente, y 15% claves se compraron solamente a través de compras emergentes (probablemente estas últimas son las que resultaron desiertas en la adquisición a nivel central)” (p. 71).

Y cuarto, que existía la oportunidad de que las delegaciones y UMAEs consolidaran por regiones las compras derivadas de los incumplimientos del Contrato Único (p. 78). En la primera parte del estudio, analizamos las compras realizadas por las delegaciones y UMAEs a través de la BUO, y encontramos coincidencias en la proveeduría (misma razón social) entre estados que conforman una región geográfica. Por ejemplo, en una de las zonas del norte del país, conformada por Coahuila, Nuevo León y las UMAEs de estos dos estados, el 66% de las compras delegacionales realizadas por medio de la BUO de Nuevo León y Coahuila se hacen con el mismo proveedor. Lo que quiere decir que dos terceras partes del total de estas compras se pudieron haber consolidado.⁵⁵

Desde el ciclo de compras 2012, la Coordinación de Control de Abasto revisó la posibilidad de que nivel central dejara de comprar las claves que resultan desiertas en sus procesos, y que éstas se realizaran a nivel regional o local. Para implementar esta idea, y en general, para determinar la estrategia de compras del ciclo 2013, la Coordinación creó una nueva fórmula de requerimientos de medicamentos y material de curación que determina qué compra nivel central y qué compran las delegaciones y UMAEs. Dicho de otra forma, estableció una estrategia de centralización-descentralización de las compras en función de cinco características: costo, porcentaje de atención de la proveeduría, frecuencia (o intensidad) de uso, ventaja estratégica (principalmente si se compra a través de la CCNPM) e historial de compra.

Con esta nueva estrategia, principalmente se busca abatir el incumplimiento de contratos y eliminar de los procesos licitatorios del nivel central las claves que generalmente resultan desiertas, con un triple objetivo: (1) garantizar la oportunidad en la obtención de los insumos médicos y evitar que las delegaciones salgan a comprar de forma tardía (generalmente, las compras de las claves desiertas en nivel central se compraban en las delegaciones con un trimestre de retraso); (2) que el 100% de los medicamentos y de los materiales de curación se compren a través de licitaciones públicas (la compra de las claves desiertas en nivel central generalmente se lleva a cabo en las delegaciones con un trimestre de retraso y de forma “urgente”, por lo que la adquisición normalmente se realiza a través de adjudicación directa); y (3) reducir el gasto en compras emergentes que realizan directamente las unidades médicas. Además, esperan que la nueva estrategia distribuya de forma equitativa la carga administrativa de la contratación y que ayude al desarrollo de la proveeduría local. Este último punto es relevante, debido a que la estrategia de centralización del IMSS podía estar incidiendo en la salida de proveedores del mercado y, por lo tanto, ayudando a la creación de monopolios. La nueva fórmula arrojó la estrategia de centralización-descentralización que muestra el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Características de la nueva fórmula de requerimiento de medicamentos y material de curación y resultados⁵⁶

	Central	Regional	Local
Costo	Alto	Medio	Bajo
Frecuencia de uso	Generalizado (más de 35 Delegaciones y UMAEs)	Generalizada y moderada (más de 11)	Limitada e individual (menos de 10)

⁵⁵ También encontramos que en una zona del sureste del país, conformada por la Delegación Yucatán, UMAE Yucatán Especialidades, Delegación Campeche y Delegación Quintana Roo, el 41% de las compras derivadas de incumplimientos de Yucatán, 44% de las de Campeche y Quintana Roo, y en 67% de las de UMAE Yucatán los proveedores son los mismos para las mismas claves de medicamentos (ver otros ejemplos en las p. 78-80).

⁵⁶ Resultados preliminares. Los resultados finales de aplicar la nueva fórmula de requerimientos se tendrán cuando se finalice con la investigación de mercado para la compra del ciclo 2013.

Por ventaja estratégica	VIH, patentes, lisosomales, entre otros	----	----
Historial de compra 2011	Contratada	Indistinto	Indistinto
% atención de la proveeduría	> 75%	> 50%	Indistinto
RESULTADOS			
Total medicamentos (846 claves)	780 (92%)	0 (0%)	66 (8%)
Importe total medicamentos (25,467 millones de pesos)	25,438 (99.9%)	0 (0%)	29 (0.1%)
Total material de curación (1,779 claves)	580 (33%)	108 (6%)	1,091 (61%)
Importe total material de curación (4,237 millones de pesos)	3,573 (84%)	229 (5%)	435 (10%)

Fuente: "Requerimientos 2013" (julio 2012), Coordinación de Control de Abasto, IMSS.

Los resultados de la estrategia determinaron que el nivel central deberá licitar 92% de las claves de medicamentos, que equivalen a 99.9% del gasto total en medicamentos (incluye las claves que va a comprar de forma consolidada con el ISSSTE, la SEDENA, y las dos Secretarías de Salud Estatales) y que el resto de las claves (8%), que equivalen a 0.1% del gasto total, se van a comprar de forma local. Con relación a los materiales de curación, nivel central va a comprar 33% de las claves que equivalen a 84% del gasto total y el resto de las claves se van a dividir entre la compra regional y la local, 6% y 61% de las claves, respectivamente.

Al comparar estos resultados con la regla de centralización-descentralización que se estableció en el Plan, que indica que el nivel central deberá comprar al menos 97% de los insumos médicos, observamos que la compra de medicamentos sí cumple con esta regla, mientras que la compra de materiales de curación queda por debajo de la cota establecida. Sin embargo, de la compra conjunta de medicamentos y materiales de curación, nivel central ejerce 98% del gasto total y en este sentido se está cumpliendo con la regla establecida en el Plan. Más allá de cumplir con la regla del Plan, la estrategia de centralización-descentralización conduce a comprar de forma centralizada la mayor cantidad posible (lo cual genera economías de escala y mayor eficiencia en la administración de los contratos), dejando fuera las claves que de antemano se sabe que se consiguen mejores condiciones de compra si se adquieren de forma descentralizada.

Adicionalmente a la nueva carga administrativa a la que se van a enfrentar las delegaciones y UMAEs,⁵⁷ se verán obligadas a implementar estudios de mercado regionales para poder llevar a cabo estas compras y a que las farmacias realicen el requerimiento de las necesidades en lugar de que lo hagan las unidades médicas (ahondamos sobre estos temas en el análisis del Reto estratégico 5). Queda pendiente estudiar cómo se adecuaron las delegaciones y UMAEs a estas nuevas responsabilidades y cuál es el impacto en precios, número de licitantes y porcentajes de incumplimiento de contratos de la nueva estrategia de descentralización.

Para concluir con el Reto estratégico 1, es relevante mencionar que la Unidad de Administración del IMSS quiere institucionalizar el Plan en las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones,

⁵⁷ Es importante mencionar que Nivel Central entrega a las delegaciones el presupuesto para las compras descentralizadas, así como los términos y condiciones tipo, las bases tipo y un contrato modelo, a pesar de que el evento es regional o local.

Arrendamientos y Servicios (POBALINES).⁵⁸ Sin embargo, este proceso aún no ha comenzado,⁵⁹ y antes de que inicie creemos que valdría la pena revisar el origen de cada una de las políticas que establece el Plan, especialmente la decisión de fijar cotas y porcentajes, que podrían parecer arbitrarios, para la inclusión y exclusión de medicamentos del Cuadro Básico y para la decisión de centralización y descentralización de las compras. Una vez revisado el Plan, consideramos valioso el esfuerzo de institucionalizarlo en los POBALINES.

Reto estratégico 2: Desarrollo de recursos humanos

Acciones para profesionalizar a los funcionarios de las áreas de compras

Los dos estudios de la OCDE señalan diversas deficiencias de las capacidades y el conocimiento de los servidores públicos involucrados con las compras. Estas deficiencias son un obstáculo al desarrollo de un sistema de adquisiciones eficiente y eficaz. Por ello, estimular la profesionalización de los funcionarios que compran es crucial para “comprar bien”. Como complemento a los estudios de la OCDE, en el primer reporte del IMCO mencionamos que “para que cualquier ejercicio de capacitación sea eficiente es indispensable que los funcionarios entiendan el propósito y la importancia de sus atribuciones en el buen funcionamiento del IMSS. Es relevante que el personal sepa que el IMSS está intentando empatar las necesidades de corto plazo del Instituto –abastecer de medicamentos y materiales de curación a las distintas unidades médicas en tiempo y forma– con las de largo plazo –comprar mejor, adquirir bienes y servicios de alta calidad haciendo uso eficiente de los recursos y promover el desarrollo de nuevos proveedores–” (p. 41-42). Durante las entrevistas en 2011, percibimos tanto de los entrevistados internos como en los externos al Instituto, que los funcionarios del área de adquisiciones del IMSS se enfocan en cumplir al pie de la letra lo que dicta la ley (principalmente para cubrirse de las auditorías), sin que necesariamente hayan entendido la importancia de sus funciones como una actividad estratégica para el Instituto.

Durante el primer semestre de 2011, el IMSS comenzó un proyecto de profesionalización con el fin de desarrollar las capacidades y desempeño de los funcionarios de las áreas de adquisiciones. Antes de impartir los cursos de capacitación y profesionalización, el Instituto trabajó en un diagnóstico del perfil de cada uno de los empleados de las áreas de compras y de las áreas requirentes. El diagnóstico sirvió para revisar el Manual de Organización y así alinear las labores del procedimiento de compra (y los cambios que se harían sobre éste) con la estructura orgánica del Instituto.

Paralelamente al diagnóstico de los perfiles, cada uno de los funcionarios involucrados con las compras del Instituto presentó un examen en línea. El examen contenía preguntas sobre conocimientos generales del IMSS (por ejemplo, cuándo se fundó y cuál es su misión) y sobre conocimientos específicos de la labor de adquisiciones. El examen se aplicó a todos los funcionarios involucrados con las adquisiciones y el abasto tanto en nivel central como en las delegaciones, lo que representa alrededor de 2,500 compradores.⁶⁰ El

⁵⁸ El objetivo de los POBALINES es establecer los términos que permitan realizar procedimientos en materia de adquisiciones, arrendamientos y servicios, que coadyuven a las áreas contratantes y requirentes del IMSS al cumplimiento de las metas y programas institucionales, con apego al marco de legalidad que garantice la libre competencia, transparencia, economía, imparcialidad, honradez, eficiencia y eficacia en las operaciones y toma de decisiones en dicha materia, a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes (p. 5, POBALINES IMSS, noviembre 2010).

⁵⁹ Entrevista con el C.P. Jorge Mora (2 de julio de 2012), Titular de la Unidad de Administración.

⁶⁰ La Titular de la Coordinación de Optimización de Procesos, en entrevista el 4 de julio de 2012, nos mostró los resultados generales de los exámenes a los funcionarios de compras. El promedio de la calificación, en una escala del 1

diagnóstico del perfil profesional en algo sirvió de base para determinar el contenido de los cursos de capacitación y profesionalización y tanto el diagnóstico como los resultados del examen son un primer paso para la integración de un manual de profesionalización.

Como siguiente paso al diagnóstico profesional de los compradores, y con el objetivo de atender las recomendaciones de la OCDE, durante los primeros meses de 2012 la Unidad de Personal desarrolló un proyecto para la profesionalización de los recursos humanos con un triple objetivo: (1) fortalecer la visión institucional y posicionar a la función de compras como una estratégica; (2) implementación de un sistema de profesionalización en el área de compras; y (3) diseñar e implementar un programa de certificación para los funcionarios de adquisiciones y abasto en nivel central, delegaciones y UMAES (aproximadamente 600 funcionarios). El primer objetivo concluye en el último mes de 2012, y el segundo y tercer objetivo inician en los últimos meses de 2012 para culminar un año después (en 2013) posterior al cambio de administración del IMSS.

Para cumplir con el primer objetivo se idearon cinco componentes: a) curso de sensibilización; b) curso de inducción a la misión institucional; c) curso presencial de sensibilización en nivel central, delegaciones y UMAEs; d) diagnóstico de las áreas de oportunidad en aspectos técnicos y de competencias del personal de compras, y e) seguimiento y monitoreo de la implementación de los otros cuatro componentes. Para la implementación del primer componente, el IMSS contrató al ICEL para que impartiera un primer curso que fomentara el sentido de pertenencia y la sensibilización del personal de compras y de las áreas usuarias, con el objetivo de entender el impacto de las compras sobre la atención al derechohabiente y posicionar la labor de compras como tarea estratégica del IMSS. En este primer curso se trataron temas como la misión o el propósito de la gestión de compras, la visión o qué se espera del proceso de compras, los retos principales (o factores externos que obstaculizan la labor de compras) para lograr dicha visión y las metas con proyectos específicos y fechas para su implementación o un plan de acción.

El segundo componente se basó en la impartición del curso de Inducción a la Misión Institucional y compras (IMI-compras) a los funcionarios de las áreas de adquisiciones, abasto y áreas requirentes, además de institucionalizarlo a partir del mes de noviembre de 2012 para el personal de nuevo ingreso. Como complemento a los cursos de sensibilización del personal y fomento de conocimientos sobre la labor de compras, la Unidad de Personal junto con el área de comunicación social, crearon una campaña de difusión interna llamada "Tú vales mil", con el fin de que el personal esté alerta sobre la impartición de los cursos de profesionalización. El tercer componente del primer objetivo consiste en un taller de sensibilización de forma presencial en nivel central, las 35 delegaciones y las 25 UMAEs. Se van a impartir alrededor de 120 talleres con el objetivo de informar a todos los funcionarios de compras (adquisiciones y abasto) y de las áreas requirentes el Plan estratégico de compras así como el sistema de profesionalización de las compras en el IMSS. Aunque está planeado implementar el taller en octubre de 2012, el Titular de la Coordinación Técnica de Mando, Selección y Capacitación espera llevarlo a cabo entre agosto y septiembre del mismo año.

El cuarto componente consiste en elaborar un diagnóstico de las áreas de oportunidad en aspectos técnicos y de competencias del personal de compras del nivel central y las delegaciones. Este diagnóstico sirve de fase preliminar a la implementación del sistema de profesionalización y de certificación. Actualmente el proyecto se

al 10, se encontraba cercano al 6. Los resultados de la prueba no estaban correlacionados positivamente con los años de antigüedad de los funcionarios ni con su nivel de escolaridad. No tuvimos acceso oficial a esta información por ello no mostramos un análisis más detallado.

encuentra en la etapa de diseño y de contratación de la empresa encargada de medir las competencias del personal. El objetivo de este proyecto es conocer no solo el nivel de conocimiento sobre compras del personal sino si lo saben aplicar. La empresa encargada de realizar el diagnóstico va a medir las capacidades técnicas y directivas (en los casos que aplique) de todo el personal de compras del Instituto. Esperan concluir con el diagnóstico entre septiembre y octubre de 2012 a pesar de que la fecha compromiso era julio del mismo año. Finalmente, el quinto componente se centra en dar seguimiento y monitoreo de la implementación de los otros cuatro componentes a través de videoconferencias.

Sobre esta misma línea y previo al diseño del proyecto de profesionalización, en mayo de 2011 la OCDE, en colaboración con la CFC, impartió un curso de capacitación a 200 funcionarios del IMSS en el que se trataron temas enfocados en prevenir la colusión entre proveedores. Aunado a esto, los funcionarios del IMSS recibieron cursos de capacitación sobre el uso del sistema de CompraNet, con el objetivo de certificar en línea a los compradores. De los 424 servidores públicos del IMSS que tomaron el curso de certificación de habilidades de CompraNet, 300 tienen la certificación para operar la plataforma (pero solo 274 habían aprobado el examen al cierre de 2011).⁶¹

El segundo objetivo, la implementación de un sistema de profesionalización, consta de dos etapas. En la primera etapa, que se llevará a cabo durante el último trimestre de 2012, se diseñará el programa de capacitación y se investigará cuál es la empresa más apropiada para ofrecer la capacitación que se busca. En la segunda, ejecutable durante todo el 2013, se pondrá en marcha el sistema de profesionalización.

Paralelamente, para poder hacer operativo el sistema de profesionalización se ha avanzado en la elaboración de la "Norma que establece las disposiciones para la implementación y operación del sistema de profesionalización y desarrollo del personal de confianza A" (para los puestos de alto riesgo).⁶² Con la Norma de profesionalización se espera alinear la normatividad con el sistema de profesionalización para que los funcionarios "cuenten con las competencias necesarias para realizar su función con apego a los principios de eficiencia, eficacia, economía, honradez e imparcialidad" (proyecto 5.7: Normatividad para la profesionalización). La Norma establece como obligatoria la capacitación y evaluación del desempeño de los funcionarios tanto en nivel central como en las delegaciones. Así mismo, establece como una de las causas para el término de la relación laboral, sin responsabilidad para el Instituto, "no aprobar en dos ocasiones seguidas, en el periodo de uno o dos años, la capacitación obligatoria o la segunda evaluación de desempeño" (8.9.3). Cabe señalar que el proyecto de norma se encuentra en revisión, con el fin de evaluar que cumple con los requisitos establecidos en la "Norma que establece las disposiciones para la elaboración, autorización y registros de los documentos internos en el IMSS".

La Norma se complementa con unas guías técnicas de operación o de desarrollo de los procedimientos del sistema de profesionalización. Ya están listas las guías técnicas de reclutamiento, selección, contratación y separación del personal, y funcionarios del IMSS esperan concluir la de capacitación en diciembre de 2012 y la de evaluación del desempeño en los últimos meses de 2013. Las guías parecen estandarizar el sistema de profesionalización entre nivel central y las delegaciones. Por ejemplo, la guía de reclutamiento señala las preguntas que se deben realizar durante las entrevistas de selección y una tabla con ponderadores por

⁶¹ Información proporcionada por la Unidad de Contrataciones Electrónicas de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

⁶² Entrevista con el Ing. Mario Orhstron (7 de agosto de 2012), Titular de la Coordinación Técnica de Mando, Selección y Capacitación.

pregunta para calificar al candidato. Lo mismo hace en materia de contrataciones, establece los contratos tipo.

La ejecución del sistema de profesionalización termina con la puesta en marcha del programa de capacitación, planeado para el último mes de 2013, que se basa en el diagnóstico de las áreas de oportunidad del personal. Para ello, primero la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones definió el perfil de puestos relacionados con las compras en los que se señalan las competencias con las que deberán contar cada uno de los compradores. Como la SFP desarrolló, por su parte, un modelo de competencias para los funcionarios que compran, la Unidad de Personal empató el perfil sugerido por la Unidad de Administración con el de la SFP para contar con un solo perfil de competencias dentro del sistema de profesionalización. Entre las actividades de capacitación que se impartirán a los funcionarios de compras se encuentra un “diplomado de desarrollo de competencias en compras públicas” que va a impartir la SFP a través del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). El diplomado se ofrece a todos los funcionarios en áreas de compras de la APF (IMSS, ISSSTE, PEMEX, CFE, etc.). En esta ocasión, van a participar 20 compradores del IMSS. La idea del Titular de la Coordinación Técnica de Mando, Selección y Capacitación es aprovechar a los funcionarios que van a asistir al diplomado para que sirvan de facilitadores para el proceso de capacitación y profesionalización de los compradores del IMSS.

Adicionalmente al diplomado, la Unidad de Personal está evaluando la posibilidad de que los funcionarios de compras tomen una maestría o curso de especialización en compras públicas. El curso de especialización lo dirige la SFP a través del Tecnológico de Monterrey. Cursar esta maestría o especialidad es el requisito número uno para que los funcionarios entren al proceso de certificación, que es el tercer y último objetivo del proyecto de recursos humanos.

El proyecto de certificación de los funcionarios también consta de dos etapas; planeación y diseño (a realizarse durante el último trimestre de 2012) e implementación (con fecha límite de conclusión en diciembre de 2013). Durante la etapa de diseño y planeación se definirá quién va a ser el certificador, quiénes y cuántos son los funcionarios a certificar, quién va a avalar la certificación, cuánto presupuesto se requiere, etc. Como resultado preliminar de la etapa de diseño y planeación, se determinó que el programa de certificación se impartirá a aproximadamente 600 especialistas en la función de compras. Este programa de certificación va a iniciar con los altos mandos (ó 600 especialistas) como una prueba piloto. Los resultados de esta primera ola de certificación señalarán si el curso que se imparte para certificar a los funcionarios tiene el nivel suficiente y cubre el material necesario para la labor de compras en la APF.

Este compromiso implica que la Unidad de Personal, además de evaluar a los funcionarios en términos de su perfil psicométrico,⁶³ ahora debe evaluar el perfil de habilidades para compras, así como diseñar e implementar un programa de capacitación para los compradores y los funcionarios recién contratados en las áreas de compras. Es importante mencionar que la certificación de los compradores, además de ayudar a eliminar obstáculos para lograr un sistema de compras eficiente y eficaz, aumenta el valor de los recursos humanos y amplía sus oportunidades de empleo. De acuerdo con el Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, “la certificación de los compradores es como una carta de

⁶³ La Unidad de Personal desarrolló e implementó por primera vez, en marzo de 2011, un sistema para medir la confiabilidad de los funcionarios que ocupan puestos clave en la administración del IMSS. El sistema consiste en la aplicación de una serie de preguntas enfocadas en detectar la propensión al robo, a la corrupción y a desviarse de reglas.

presentación”.⁶⁴ En la APF no son comunes los compradores certificados, y ello es relevante porque al contar con la certificación, los funcionarios podrían realizar las compras de cualquier instancia del IMSS, incluso de cualquier institución de la APF. La certificación, además de incidir en la profesionalización de los compradores, les da mayor seguridad y mayor flexibilidad de empleo.

Cabe señalar, que la fecha compromiso para la elaboración e implementación del programa de capacitación y el desarrollo e implementación del programa piloto de certificación (noviembre-diciembre 2013) trasciende a la administración actual. Por ello, el éxito de este proyecto dependerá de la importancia que le asigne la siguiente administración del IMSS (2012–2018) y de la relevancia que ponga la siguiente administración de la SFP para capacitar a los compradores de la APF.

Además de la profesionalización de los compradores, otra de las tareas pendientes por resolver es la alta rotación del personal de adquisiciones. En el primer informe del IMCO, reportamos que generalmente los funcionarios adscritos a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones prefieren estar en otras áreas que conlleven menos responsabilidad, siempre y cuando conserven el mismo rango (p. 13). En la segunda serie de entrevistas (que llevamos a cabo para presentar este reporte), nos percatamos de la alta rotación en puestos clave dentro de la Dirección de Administración. Los funcionarios que entrevistamos este año no son los mismos que entrevistamos el año pasado. Entre los puestos que se reasignaron entre enero y julio de 2012 se encuentran los siguientes: Titular de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, Titular de la Unidad de Administración, Titular de la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios, Titular de la Coordinación de Control de Abasto, Titular de la Unidad de Investigaciones de Mercado, además de otros cargos con menor relevancia jerárquica.

Reto estratégico 3: Integrar un macro proceso de la cadena de suministro

Implementación y evaluación de las acciones encaminadas a mejorar el proceso de suministro

El proceso de suministro del IMSS inicia cuando el Área Médica, con base en el Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS, determina las necesidades de los bienes y servicios de cada una de las unidades médicas en función de las características de la población (crecimiento en la derechohabencia y cambios en morbilidad) y las tendencias de consumo histórico. Los requerimientos se envían a la Coordinación de Control de Abasto quien los valida (etapas 1 y 2 en el Diagrama 1, ver abajo). Después de validar los requerimientos, se realiza una investigación de mercado para conocer si existe el bien en el mercado, si existen los proveedores y el precio estimado de compra (etapa 3 en el Diagrama 1). Con base en los resultados de la investigación de mercado se define el tipo de proceso que se llevará a cabo para adquirir los bienes y servicios, es decir, si el proceso de compra se realiza a través de una licitación pública internacional o nacional, por adjudicación directa o invitación restringida; y en caso de que se trate de una licitación, si se hace con ofertas subsecuentes de descuento (OSD) o por precio máximo de referencia (PMR). De acuerdo con las características del proceso de licitación, las claves de medicamentos y otros insumos médicos se agrupan en eventos. Esto implica que en un mismo día se llevan a cabo diversos concursos.

El siguiente paso en el proceso de compra es la elaboración y publicación del proyecto de convocatoria en el portal del IMSS. Con base en este proyecto, la proveeduría puede emitir comentarios que se toman en cuenta para la publicación de las bases y convocatorias (etapa 4 en el Diagrama 1). Semanas después de la emisión

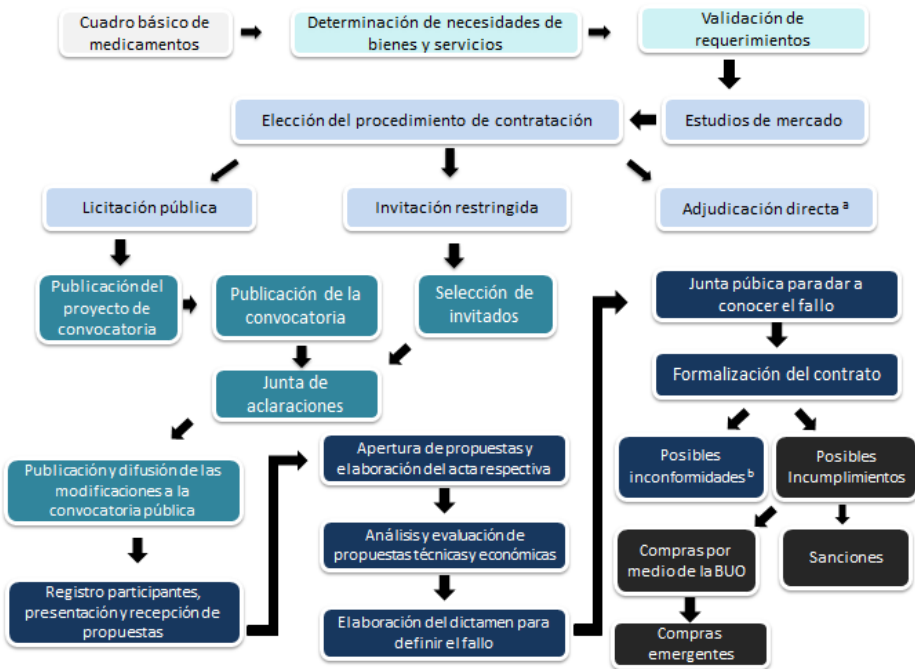
⁶⁴ Entrevista con el Lic. Alfonso Rodríguez Manzanedo (12 de julio), Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

de las convocatorias, los proveedores pueden entregar sus dudas y comentarios sobre las bases de la convocatoria. Posteriormente, se lleva a cabo una junta de aclaraciones en la que el área adquirente, con ayuda del área requirente, resuelve las dudas de los proveedores.







Días después de la junta de aclaraciones, comienza la etapa de compra cuando los participantes presentan sus propuestas técnicas y económicas (etapa 5 en el Diagrama 1). Las áreas requirentes son las encargadas de revisar las propuestas de los participantes. Posterior a la apertura y revisión de las propuestas se publica un fallo con los resultados de la adquisición. Los participantes tienen el derecho de presentar inconformidades ante el Órgano Interno de Control (OIC) del IMSS para cualquier etapa del proceso de compra. Si la inconformidad tiene sustento legal, se puede anular el evento sobre el que se inconformaron los participantes (convocatoria, junta de aclaraciones, presentación de ofertas o fallo) y tiene que repetirse dicho evento. Después de la emisión del fallo se firma el contrato. Existe la posibilidad de que el ganador se retracte. En ese caso, se ofrece el contrato al participante con la segunda mejor oferta siempre y cuando cumpla con las condiciones técnicas y económicas. En el caso contrario, es necesario llevar a cabo un nuevo proceso de compra.

Finalmente, después de haberse firmado el contrato es posible que el proveedor lo incumpla (etapa 6 en el Diagrama 1). En estos casos, se busca solventar las carencias con los bienes disponibles en otras delegaciones o con un segundo proveedor, en caso de que la compra haya sido bajo la modalidad de abasto simultáneo. Si no es posible alguna de estas soluciones, las delegaciones están obligadas a comprar de nuevo, generalmente a través de la Bolsa Única de Ofertas (BUO). Cuando las delegaciones no reciben ofertas a través de la BUO o la necesidad de los insumos médicos es alta, las unidades médicas se ven obligadas a realizar compras emergentes, es decir, compras directas con proveedores o en farmacias.

Diagrama 1. Proceso de suministro del IMSS



Etapas del proceso:

-  1. Cuadro básico de medicamentos del IMSS
-  2. Requerimiento de bienes y servicios
-  3. Investigación de mercado y elección del método de contratación
-  4. Elaboración y publicación de bases y convocatorias
-  5. Adjudicación del contrato: Revisión de propuestas, fallo y posibles inconformidades
-  6. Posible incumplimiento de contrato (compras de Delegaciones y UMAEs), sanciones y compras emergentes (compra Unidades Médicas)

Fuente: IMCO

Con el objetivo de hacer más eficiente el proceso de compras que describimos, el Instituto se comprometió a desarrollar e implementar los siguientes proyectos: (1) mejorar la integración de los requerimientos de bienes de consumo para el ciclo de compras 2013, incluyendo la determinación de una fórmula para determinar necesidades; (2) mejorar el manejo de inventarios y los niveles de consumo intra-hospitalario; (3) dar seguimiento al cumplimiento de los contratos y hacer una evaluación de los proveedores para la detección oportuna de incumplimientos con el objetivo de reducir al máximo las compras emergentes, y (4) elaborar un catálogo de mejores prácticas junto con un protocolo para su implementación.

1. Diseño y ejecución de la nueva fórmula de requerimientos

La elaboración del requerimiento de necesidades médicas es el proceso por el cual se agrupan y validan los requerimientos que realizan las diferentes unidades médicas de las delegaciones y las UMAEs para realizar la compra centralizada de bienes terapéuticos y la compra de servicios integrales. Para la elaboración del requerimiento se necesita, en primera instancia, que los Jefes de Servicios Administrativos de las Delegaciones y UMAEs agrupan y validen los requerimientos de necesidades que los Jefes de Prestaciones Médicas determinan en función de los promedios mensuales de consumo de los medicamentos, de las características de la población (morbilidad, natalidad y mortalidad) y del cuadro básico de medicamentos y el catálogo de servicios integrales. En segunda instancia, la Coordinación de Control de Abasto a nivel central agrupa y valida los requerimientos. La validación del requerimiento de necesidades a nivel central consiste en administrar el requerimiento en el Sistema de Abasto Institucional (SAI)⁶⁵ y compararlo con la utilización de los bienes y servicios del año anterior.

La percepción planteada en los estudios de la OCDE y en el primer reporte del IMCO, es que el IMSS no planea adecuadamente los requerimientos. La mala planeación genera que un mayor número de claves se declaren desiertas en la compra centralizada, lo cual retrasa el proceso de suministro y generalmente obliga a las delegaciones a comprar por adjudicación directa. Otra de las consecuencias de una mala planeación de los requerimientos es que puede generar incertidumbre entre los proveedores sobre la cantidad que deberán entregar al IMSS. Como mencionamos en el primer informe del IMCO, la convocatoria establece un rango para la cantidad a proveer que muchas veces no coincide con la cantidad final solicitada. Con las bases de datos del IMSS de 2010, estimamos que la promesa de compra del contrato coincidió al 100% con la cantidad total solicitada, únicamente para 1.3% del total de claves de medicamentos adquiridas en 2010. Para el 56%

⁶⁵ El SAI es un conjunto de acciones programadas en medios electrónicos que permiten realizar actividades comprendidas en el proceso de abastecimiento y suministro de manera automatizada en red.

de los contratos, la eficiencia de predicción del contrato fue mayor al 90% y para aproximadamente el 20% de los contratos la predicción fue menor al 80% (p. 80).

Para mitigar las fallas en la planeación del requerimiento, el IMSS elaboró un documento para establecer las bases, los tiempos y los lineamientos para la determinación de necesidades y el cálculo del requerimiento para el ciclo de compras 2013.⁶⁶ Como parte de los lineamientos, establecieron que las delegaciones y UMAEs están obligadas a justificar los requerimientos que tengan un diferencial de +/- 10% con el consumo real registrado durante los seis meses previos a la fecha del cálculo.⁶⁷ La Coordinación de Control de Abasto en nivel central se reúne con los directores de los hospitales para entender la justificación del aumento o disminución en las necesidades y si la justificación no es satisfactoria, pide a las delegaciones y UMAEs que revisen sus necesidades y hagan los ajustes pertinentes.

En el primer informe del IMCO, habíamos descrito que para la compra del ciclo 2012 se depuraron de los requerimientos algunos materiales de curación que se compran a través de los servicios integrales, con el objetivo de eliminar las duplicidades en las compras (p. 24). Para el ciclo de compras 2013, los lineamientos vuelven a poner énfasis en la necesidad de revisar estas duplicidades.

Los lineamientos también mencionan que para el ciclo de compras 2013 y con el objetivo de implementar la nueva fórmula de los requerimientos (que explicamos en la sección del Reto estratégico 1, p. 29), la Coordinación de Control de Abasto deberá emitir un comunicado indicando el listado de claves que no fueron adquiridas en los procesos centralizados (entre estas claves se encuentran las de baja frecuencia de uso), con el fin de dar inicio con oportunidad a los procesos locales de adquisiciones.⁶⁸

Paralelamente a la nueva fórmula de requerimientos, el IMSS creó un tablero de control del abasto para hacer un seguimiento de todo el proceso de compras. El tablero de control inicia con la planeación de los requerimientos, sigue todo el procedimiento de compra y finalmente señala el cumplimiento de la proveeduría. De acuerdo con el Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, “el tablero arroja información sistemática, precisa y de forma ágil para medir los retrasos en el procedimiento de compra”.⁶⁹ Además, el tablero de control es un insumo para tener sistemáticamente la inversión que se realiza por cada delegación y UMAE. Esperan que el tablero de control comience a funcionar el 1 de agosto de 2012 y planean subir reportes semanales al portal de compras del IMSS con los resultados principales que arroje el seguimiento del proceso de compra a través del tablero de control.⁷⁰

⁶⁶ “Lineamientos para la determinación de necesidades, asignación de Consumo Promedio Mensual y Cálculo del Requerimiento 2013”, 2 de abril del 2012, Ref. 09 53 84 61 108 / 186.

⁶⁷ Para el ciclo de compras 2012, la diferencia que se estableció entre el requerimiento y el consumo pasado fue de +/- 15%, y en lugar de compararlo contra el consumo de los seis meses anteriores a la fecha del cálculo se hizo respecto al consumo del año anterior.

⁶⁸ El comunicado para las delegaciones con las claves que integran la compra descentralizada se va a emitir posterior a la conclusión de la investigación de mercado. La Coordinación de Control de Abasto espera emitir este comunicado el 10 de agosto de 2012 puesto que es uno de los insumos del proyecto de convocatoria de la compra centralizada 2013 con fecha de publicación de 13 de agosto de 2012.

⁶⁹ Entrevista con el Lic. Alfonso Rodríguez Manzanedo (12 de julio), Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios.

⁷⁰ El tablero de control ya está en funcionamiento y al menos se puede encontrar en el portal de compras del IMSS el nivel de incumplimiento de cada uno de los proveedores (búsqueda realizada el 10 de agosto de 2012 en <http://compras.imss.gob.mx/?P=imssprovincumplimiento>).

2. Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT): programa para mejorar el consumo intra-hospitalario

La Coordinación de Optimización de Procesos (COP) realizó un diagnóstico sobre la merma en la cadena de suministro de los insumos médicos. El diagnóstico indicó que en el paso de los bienes terapéuticos de la farmacia hacia las unidades médicas es donde hay mayor merma (y pérdida) de insumos. Por ello, decidieron implementar el CADIT, un programa para mejorar el consumo intra-hospitalario.

El CADIT comenzó como un programa piloto en un hospital general de zona en Texcoco y como obtuvo resultados positivos, el programa se expandió a 20 UMAEs. La licitación para la contratación de los insumos necesarios para operar el programa (mobiliario, equipo y adecuación de espacios) se llevó a cabo en el último trimestre de 2011. El CADIT funciona con tres herramientas: (1) un sistema informático que lleva registro de los movimientos diarios de dotaciones por servicio otorgado, gestiona las solicitudes a farmacia y las solicitudes de los servicios hospitalarios, lleva el registro de la devolución de insumos terapéuticos, maneja los inventarios y emite reportes sobre los movimientos realizados además de que permite consultas en línea; (2) una máquina que prepara dosis unitarias de medicamentos sólidos orales, las empaca, sella e identifica el contenido e imprime un código de barras que permite identificar el paquete de medicamentos con un paciente específico; y (3) un sistema neumático de envíos intrahospitalario que transporta el medicamento punto a punto.

El CADIT, además de ser un programa para garantizar el flujo de los bienes terapéuticos a lo largo de la cadena de suministro⁷¹, asegura el suministro por paciente específico (aumentando la seguridad del paciente y con las medidas de higiene necesarias), homologa la distribución de bienes terapéuticos en los hospitales, genera información en línea de inventarios y consumo real, automatiza actividades que actualmente se realizan en forma manual y disminuye los tiempos de entrega.⁷²

3. Diseño y desarrollo del tablero de control para la identificación oportuna de proveedores incumplidos

En 2011 el incumplimiento como porcentaje del total de piezas solicitadas fue de 7% (primer reporte IMCO, p. 72-74). Esta situación obliga a que las delegaciones y UMAEs realicen compras fuera de las licitaciones públicas, ya sea a través de la BUO o bajo la modalidad de compra emergente, y que generalmente paguen precios más altos. Por esta razón, como parte del proyecto del tablero de control del abasto, se decidió diseñar e implementar un módulo de control de la proveeduría. Este módulo, además de evidenciar el incumplimiento de los proveedores, sirve para alertar a las delegaciones y UMAEs sobre la falta futura de los insumos médicos. De esta manera, el tablero de control de la proveeduría alimenta con información la potencial compra emergente de las delegaciones y UMAEs, y ayuda a que se tenga una mejor planeación para realizar estas compras. Además del tablero de control de la proveeduría, el IMSS se comprometió a hacer una revisión a los POBALINES para incorporar las políticas de registro de incumplimientos, notificaciones para sanciones y rescisión de contratos. Estos cambios requieren de la aprobación del Consejo Técnico del IMSS.

⁷¹ En palabras de la Titular de la Coordinación de Optimización de Procesos, Irma Merlos, "la implementación del CADIT da certeza del destino final de los medicamentos". En entrevista, 4 de julio de 2012.

⁷² Obtenido de Presentación CADIT (julio 2012), Coordinación de Optimización de Procesos, IMSS.

Entre las iniciativas para la identificación oportuna de proveedores incumplidos, destaca la de fortalecer la relación con las distintas cámaras empresariales como vehículo para mantener contacto directo con los fabricantes. En México, la venta de medicamentos se concentra en pocos distribuidores con alcance nacional (destacan Casa Saba, Nadro y Marzam) que controlan aproximadamente 70% del mercado mayorista⁷³. Para venderle medicamentos al IMSS, los fabricantes se tienen que asociar con los distribuidores. Como el mercado de la distribución es cerrado, generalmente los distribuidores tienen el poder de negociación y de toma de decisión sobre los fabricantes. Por lo tanto, es común que cuando un distribuidor incumple con la entrega de un medicamento, el fabricante del medicamento no sepa que su producto no está llegando a los almacenes del IMSS. Por esta razón, y con el fin de que los fabricantes se enteren que los distribuidores con los que están asociados no están entregando sus productos en tiempo y forma, el Instituto decidió notificar mensualmente a la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) el nivel de cumplimiento de contratos de medicamentos y de materiales de curación. Con esta medida, el IMSS indirectamente nivela el poder de negociación entre los distribuidores y los fabricantes, esperando reducir los incumplimientos de contrato. Queda pendiente evaluar si estas acciones efectivamente contribuyen a reducir los incumplimientos de contrato.

4. Investigación de mejores prácticas y protocolo para su implementación

Consideramos que existe confusión sobre el objetivo de este proyecto. Los documentos que establecen las acciones para atender las recomendaciones de la OCDE mencionan que este proyecto consiste en revisar la información existente de mejores prácticas internacionales en materia de adquisiciones. El objetivo, de acuerdo con lo que presenta el programa de trabajo, es crear un catálogo de mejores prácticas adaptado al contexto del IMSS y elaborar un protocolo con las líneas de acción para implementar las mejores prácticas que conformen este catálogo. Sin embargo, cuando preguntamos el estatus de este proyecto, nos informaron que estaban comenzando a realizar un diagnóstico de la cadena de suministro, con el fin de encontrar áreas de oportunidad e implementar proyectos como el del CADIT para reducir la merma de medicamentos.⁷⁴ Dicho de otra forma, no solo no han comenzado con el proyecto para crear un catálogo con las mejores prácticas de adquisiciones para el IMSS sino que además hay confusión sobre la definición del proyecto.⁷⁵

Reto estratégico 4: Consolidar un sistema integral de información

Implementación y evaluación del proyecto de consolidación de un sistema integral de información

En la primer entrega del informe del IMCO, mencionamos que uno de los principales obstáculos para implementar las recomendaciones de la OCDE es que el IMSS no cuenta con un sistema que consolide la información de las compras para poder analizarla (p. 44). Actualmente cuenta con diversos sistemas internos que se comunican parcialmente entre sí a través de interfaces: sistema de registro de los derechohabientes, sistema de abasto (SAI), sistema financiero (PREI), sistema de compras regionales (BUO) y algunos otros; por ejemplo, recientemente se lanzó el Portal de compras del IMSS. A esta constelación de sistemas, hay que agregarle el portal de CompraNet. Este portal es el sistema electrónico de compras gubernamentales del gobierno federal, en el que el IMSS está obligado por ley a publicar toda la información sobre sus procesos de adquisiciones y que también, por obligación de la ley, usa como referente para integrar las investigaciones de

⁷³ Fundación Mexicana para la Salud (2011). Trabajando por la salud de la población. Propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo.

⁷⁴ Entrevista con Irma Merlos (4 de julio de 2012), Titular de la Coordinación de Optimización de Procesos.

⁷⁵ En noviembre de 2012, tres meses después de entregado el presente documento, el IMSS afirma que en coordinación con la SFP, comenzó la organización de mesas de trabajo con organismos internacionales (sin mencionar qué organismos) para la detección, análisis e implementación de las mejores prácticas en materia de compras.

mercado. Ante la falta de un sistema integrado de información, se vuelve complicado manejar los datos e interrelacionar la información necesaria para identificar fallas en la cadena de suministro. Sin esta integración se pierde eficiencia y oportunidad para la toma de decisiones.

Los funcionarios del IMSS reconocen que la falta de interoperabilidad de los sistemas, además de ser un obstáculo para la toma de decisiones oportuna, conduce a tener cierta incertidumbre sobre la información que se pasa manualmente de un sistema a otro. Ante la falta de sistematización, la probabilidad de que se cometan “errores de dedo” es alta, además de que se abren espacios a la discrecionalidad. Otra de las desventajas de la falta de interoperabilidad es que se emplean vastos recursos humanos para alimentar y para comunicar los sistemas, que se podrían emplear en tareas de mayor valor agregado. El Portal de compras del IMSS es un ejemplo claro de esta situación. Para mantenerlo actualizado, semanalmente, se necesita de un par de funcionarios, en nivel central y en cada una de las delegaciones, que dedican tiempo completo a subir la información de las compras al Portal. Por lo tanto, bajo el contexto actual, la actualización del Portal y la oportunidad de la información dependen de los recursos humanos que se le dediquen. Si la siguiente administración decide retirar los recursos de este proyecto antes de que se logre la interoperabilidad de los sistemas, el Portal sería una herramienta con buenas intenciones pero obsoleta.

El IMSS se comprometió a integrar un sistema de información que comunique cada una de las etapas de la cadena de suministro, desde el número de derechohabientes hasta el pago a los proveedores de los insumos médicos. Para ello, debe integrarse en una sola plataforma todos los sistemas que mencionamos anteriormente (información de derechohabientes, información sobre las adquisiciones, sistema de abasto, sistema financiero, sistema de compras regionales, entre otros). El plan del IMSS es migrarlos hacia una plataforma de Oracle, pero al momento en que realizamos este reporte, ningún funcionario está seguro de que el proyecto se complete antes del cambio de administración. Cabe señalar que cuando preguntamos a los funcionarios entrevistados cuál es el proyecto (o legado) más importante para dejar a la nueva administración, todos contestaron que un sistema integrado de información, esto es, una sola plataforma para adquisiciones, abasto y finanzas.⁷⁶

Reto estratégico 5: Integridad y transparencia en los procesos de contratación

Implementación y evaluación de algunas de las acciones encaminadas a transparentar los procesos de contrataciones

Las recomendaciones de la OCDE sobre integridad y transparencia no forman parte del acuerdo que firmó el IMSS con la OCDE y la CFC “para combatir la colusión entre oferentes en las licitaciones públicas”. Sin embargo, analizamos los proyectos que el IMSS está implementando en este campo porque las mejoras en transparencia suelen tener efectos positivos en las condiciones de compra (mejores precios, más participación y mayor cumplimiento).

Para incrementar la transparencia y mejorar la trazabilidad en los procesos de contrataciones, el IMSS se propuso implementar los siguientes proyectos: (1) modernizar la Bolsa Única de Ofertas (BUO) y crear la BUO para compras emergentes, con la que se busca incrementar la trazabilidad de los procesos de compra emergente (es decir, que quede registro de cierta información mínima de cualquier compra: precio de compra, cantidad comprada y nombre del proveedor); (2) crear una metodología de investigaciones de mercado

⁷⁶ Con relación a la integración del ERP del IMSS y CompraNet, queda pendiente implementar una interface, que de acuerdo con la SFP, depende de la voluntad del IMSS para desarrollarla.

regional e implementarla para la identificación de precios, proveedores y calidad de insumos en los mercados locales; y (3) crear guías de información –manual del usuario requirente, para el comprador y para el proveedor– para facilitar y homologar los procesos de adquisiciones.

Las investigaciones de mercado regionales son un insumo para el buen manejo de la BUO y un complemento del proyecto de la BUO para compras emergentes. La BUO es un sistema electrónico a través del cual se compran medicamentos y materiales de curación por adjudicación directa. Por un lado, la BUO para compras emergentes es una BUO a nivel unidad médica para que estas unidades solo utilicen la compra emergente como último recurso. Antes, solo las delegaciones compraban a través de la BUO (donde los proveedores presentan sus ofertas y queda registro de la compra) y las unidades médicas lo hacían directamente con un proveedor o en una farmacia, sin antes comparar distintas ofertas y sin dejar registro de las condiciones de la compra.

Por otro lado, las investigaciones de mercado regionales arrojan precios de mercado comparables con las ofertas que los proveedores locales y regionales presentan en la BUO. Decimos que estas investigaciones son un complemento de la BUO porque ahora los compradores en las delegaciones y en las unidades médicas tendrán una idea de cuál es el precio de mercado en su región o estado. Antes, tomaban como referencia el precio de la compra centralizada que generalmente es menor al precio de la compra local (porque en la compra centralizada agregan volumen). A su vez, las investigaciones de mercado regionales podrán estar integradas con la información de las ofertas locales que se presentan en la BUO de delegaciones y UMAEs y en la BUO de las unidades médicas. Además de tener más y mejor información para realizar las compras por adjudicación directa, ahora quedará un registro en el sistema BUO de la diferencia en precio que se está pagando entre delegaciones, unidades médicas y nivel central.

Con estos proyectos, la Coordinación de Control de Abasto espera, además de la trazabilidad de los procesos de compras emergentes, que los precios de compra entre las delegaciones sean homogéneos. Esta Coordinación había detectado que varios insumos médicos se compraban con grandes diferenciales de precio entre delegaciones y entre unidades médicas de una misma delegación.⁷⁷ En el primer reporte del IMCO, mostramos algunos ejemplos de las disparidades en precio entre las delegaciones de una misma región geográfica que realizan compras a través de la BUO. Encontramos que delegaciones de una misma región e incluso unidades médicas de la misma delegación, compraban el mismo medicamento pero con diferentes precios. La diferencia en precios no se podía explicar para todos los casos con la diferencia en la cantidad adquirida (p. 78-80).

1. Modernización de la BUO y BUO para compras emergentes

Como ya se explicó, la Bolsa Única de Ofertas (BUO) es un sistema electrónico a través del cual se compran medicamentos y materiales de curación en las delegaciones, y recientemente en las unidades médicas, por adjudicación directa. La versión original del sistema almacena la información de los incumplimientos de contrato y registra las necesidades de insumos de las delegaciones. Además, es un sistema para que los proveedores realicen las ofertas, para cubrir dichas necesidades, proporcionando información sobre la cantidad ofertada, el precio unitario y el plazo de entrega, entre otras condiciones.

⁷⁷ En entrevista (3 de julio de 2012), el Titular de la Coordinación de Control de Abasto mencionó el caso de un material de curación que en la delegación de Monterrey se compró en 15 y 45 pesos en el mismo ciclo de compras.

La reciente modernización de la BUO busca que la compra emergente sea el último recurso de las delegaciones y de las unidades médicas. Para ello, la versión moderna de la BUO se interrelaciona con los sistemas de SAI-Farmacia, SAI-Adquisiciones y SAI-Almacén de delegación. Antes de emitir una orden de compra a través de la BUO, la interoperabilidad entre estos sistemas permite revisar sistemáticamente, primero en SAI-Farmacia si la clave pertenece al catálogo de compra⁷⁸ y cuál es el consumo promedio mensual para verificar qué cantidad puede comprar la delegación o unidad médica; segundo en SAI-Adquisiciones se revisa si la clave está contratada y si hay pedidos u órdenes de reposición en camino,⁷⁹ y finalmente en SAI-Almacén de delegación verifican si hay existencias en el almacén de la unidad médica con la necesidad de compra o en las otras unidades médicas de la misma delegación. Estos cambios al sistema imponen mayor control sobre las compras de las delegaciones y de las unidades médicas, impidiendo el desperdicio de recursos en compras que se pueden evitar porque sí hay existencias de los insumos.

Paralelamente a la modernización de la BUO, se creó la BUO compras emergentes. Este sistema es el mismo que acabamos de describir pero a nivel unidad médica. El principal objetivo de este proyecto es la trazabilidad de los procesos de compra emergentes y que quede registro de la información mínima requerida de la compra (precio de compra, cantidad adquirida y proveedor). Es importante señalar que la posibilidad de realizar compras emergentes seguirá abierta. Sin embargo, deberá quedar un registro en la BUO de la compra emergente junto con una justificación de la misma. Entre las justificaciones válidas, se encuentran la urgencia del insumo (de prioridad alta) y que el propio sistema haya señalado que no hay existencias en farmacia y en otras unidades médicas de la delegación. Por otro lado, si la Dirección de Finanzas no encuentra registrado en el sistema de la compra emergente junto con su justificación, es decir, una orden de compra en la BUO, no liberará el pago a las delegaciones y unidades médicas.

Para asegurar el buen manejo de la BUO, se actualizaron los manuales de usuario (de Control de Abasto de la Delegación o UMAE, de Operador en la Delegación y del Proveedor) y se creó el manual de la Unidad Médica. Todas las operaciones que se realicen en el sistema deben sujetarse a las disposiciones establecidas en estos manuales. Más que funcionar como una imposición legal, la función principal de los manuales dirigidos a los funcionarios es acompañarlos en el manejo del sistema y en la toma de decisión sobre las compras a través del mismo. Asimismo, el manual para los proveedores sirve como una guía durante la presentación de ofertas.

A diferencia de los manuales del proveedor, el comprador y del área requirente (en los que ahondamos más adelante) que se enfocan en la legislación, los manuales de usuario de la BUO son guías didácticas y prácticas que se especializan en las necesidades de cada uno de los actores que usan el sistema. La principal ventaja de estos manuales es que simplifican la familiarización con la BUO por medio de ejemplos visuales muy claros, que van acompañados de una descripción detallada sobre cada uno de los pasos para operar el sistema.

Para ello, las guías para servidores públicos muestran imágenes del sistema que indican desde cómo abrirlo e introducir el nombre de usuario y la contraseña para iniciar una sesión, hasta el momento en que imprimen una orden de compra en la BUO (el registro que obliga a los proveedores a entregar el insumo) y generan la

⁷⁸ Una de las primeras medidas que implementó nivel central para iniciar con la modernización de la BUO y para echar a andar la BUO de compras emergentes, fue conformar un catálogo de compras actualizado. Con el fin de que ninguna delegación o unidad médica pueda comprar insumos fuera de este catálogo.

⁷⁹ Es importante señalar que la BUO impide que se compre al proveedor que incumplió el contrato a menos de que a través de la BUO ofrezca un precio menor al que ofreció originalmente en el contrato que incumplió.

factura de compra (comprobante que obliga a la dirección de finanzas a pagar el insumo). De manera similar, el manual de la BUO para el proveedor incluye una guía precisa desde la entrada al sistema hasta la recepción y consulta de las órdenes de compra. Incluso contienen información sobre los casos en que el sistema puede marcar un error.

Uno de los efectos de la modernización de la BUO y de la creación de la BUO compras emergentes, es que ahora las delegaciones pueden realizar una compra consolidada de las necesidades de sus unidades médicas. Sin embargo, como no hay fundamentos legales que rijan las compras emergentes, la decisión de comprar de forma consolidada o no hacerlo recae en el comprador de la delegación⁸⁰. El Titular de la Coordinación de Abasto espera cerrar el 2012 con un gasto en compras emergentes en las unidades médicas 40% menor al del 2011⁸¹, derivado de la posibilidad de consolidar las compras de las unidades médicas a nivel delegación.

La nueva versión del sistema comenzó a operar el 1 de junio de 2012 en todas las unidades médicas, y a dos meses del inicio de las operaciones, funcionarios de la Coordinación de Control de Abasto mencionan que “ahora ya saben con exactitud a qué precio compran las unidades médicas y que están seguros de que la compra emergente ya es la última alternativa”⁸². Con las modificaciones a la BUO, el IMSS tiene un sistema de administración de requerimientos en lugar de un sistema de compras emergentes.

2. Metodología para investigaciones de mercado regionales

El proyecto consiste en aterrizar la ley en una guía práctica para que las delegaciones y UMAEs realicen sus propias investigaciones de mercado, con el fin de conocer si existe proveeduría y cuál es el precio de la mediana de mercado en sus estados y regiones. La metodología es la misma que actualmente emplea nivel central para realizar las investigaciones de mercado de las compras centralizadas. Los estudios de mercado regionales tienen un doble propósito: (1) establecer un precio máximo de referencia (PMR) para las compras que se realizan de forma descentralizada; precio que refleje las condiciones del mercado local o regional y (2) subir los precios a la BUO, para poder monitorear si los precios ofertados a través del sistema reflejan o no el precio de la mediana de mercado local o regional.

Todas las delegaciones están obligadas a realizar las investigaciones de mercado regionales, sin embargo, no hay recurso legal que se pueda utilizar para monitorear la calidad de las investigaciones que realicen las delegaciones. La única forma de auditar la labor de las delegaciones, en cuanto a los estudios de mercado, es si el Órgano Interno de Control (OIC) pide que se abra el expediente de la compra. Por otro lado, los PMR regionales o locales que se suban a la BUO, solo funcionarán como indicador para la compra. Es decir, el sistema no puede detener una compra si el precio está por arriba del PMR regional. Dado que no hay fundamento legal para castigar “malas” compras emergentes, el PMR regional únicamente es una referencia

⁸⁰ En el primer reporte del IMCO, mencionamos que las delegaciones podrían realizar las compras para suplir los incumplimientos de contrato de forma consolidada entre varias delegaciones de una misma región geográfica (p. 78-80). Sin embargo, esto no es posible ya que las BUOs de las delegaciones no se hablan entre sí, las únicas que están interconectadas son las BUOs de las unidades médicas que pertenecen a una misma delegación.

⁸¹ En 2009 el gasto en compras emergentes en las unidades médicas fue de 160 millones de pesos (mdp), en 2010 de 185 mdp, y en 2011 de 210 mdp. Para el cierre de 2012 esperan que el gasto sea de 120 millones de pesos; 25% menos que en 2009 y 40% menos que en 2011.

⁸² Entrevista con un grupo de funcionarios de la Coordinación de Control de Abasto (30 de julio de 2012). Aunque la Coordinación ya cuenta con algunos datos para evaluar el impacto de la BUO compras emergentes, aún no decide cuáles son los indicadores a evaluar. Por lo tanto, al momento de escribir este reporte, la Coordinación no cuenta con un análisis formal del efecto de la nueva BUO (ya sea en participación de la proveeduría o en precios).

para incentivar a que las delegaciones compren mejor. Por ello, el Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, dispuso a una persona del área dedicada a evaluar los procesos de compra en las delegaciones y UMAEs. En principio, observarán las compras de mayor volumen.

Como mencionamos anteriormente, la metodología de investigaciones de mercado regionales es una guía para la elaboración de estudios estandarizados. La guía señala las secciones y el contenido que por ley deben tener las investigaciones. La metodología sirve para estandarizar el contenido de las investigaciones que realiza el IMSS entre el nivel central y las delegaciones y UMAEs, pero se queda corto en el sentido de elaborar estudios de mercado de mejor calidad a los que actualmente se realizan⁸³.

Por ejemplo, la metodología no considera que en una investigación de mercado es importante identificar bienes y servicios sustitutos a los que se está investigando. En sentido opuesto, la guía exige que el área requirente establezca no sólo la cantidad requerida sino también las especificaciones técnicas y los términos y condiciones para la contratación. Respecto a esta condición, en el primer reporte del IMCO mencionamos que estas especificaciones tan estrictas desde las áreas requirientes limita las posibilidades de la Coordinación de Investigación de Mercados para determinar realmente la oferta potencial de los bienes y servicios requeridos. Por ejemplo, “si se solicita la investigación de mercado para el “Paracetamol de 100 mg en presentación de 10 tabletas por caja”, el área de investigaciones de mercado únicamente levanta la investigación para el “Paracetamol de 100 mg”, habiendo también “Paracetamol de 50 mg” que es perfectamente sustituible 2 a 1” (p. 26). La metodología tampoco alerta sobre las dificultades y/o riesgos a los que se puede enfrentar quien elabora un estudio de mercado, ni establece formas de comprobar si el estudio de mercado arroja información lógica y contundente sobre los precios de mercado. Con el objetivo de mejorar (o ampliar) la metodología propuesta para las investigaciones de mercado regionales, consideramos útil que el Área de Investigaciones de Mercado revise el Anexo 4 de este documento, que presenta mejores prácticas para realizar investigaciones de mercado.

A principios de julio de 2012, prácticamente todas las delegaciones habían entregado sus investigaciones de mercado a la Coordinación de Control de Abasto en nivel central⁸⁴. Los precios de las investigaciones de mercado regionales aún no están cargados en la BUO porque falta que la Coordinación de Adquisición valide los precios. Con un análisis preliminar, encontraron que muchos PMR regionales coinciden con los PMR de nivel central. Creen que el trabajo en las delegaciones no se hizo con conciencia y por lo tanto es necesaria una revisión profunda de la información, antes de subirla a la BUO, que está realizando el área de investigación de precios (que forma parte del área de investigaciones de mercado a nivel central). Tenían planeado subir los precios al sistema en los primeros días de junio de 2012⁸⁵. Sin embargo, al término de este reporte, los precios que se obtuvieron de las investigaciones de mercado regionales aún siguen en proceso de revisión.

⁸³ Es importante mencionar que el Titular de la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios entregó esta metodología para su revisión al Titular de la Unidad de Normatividad de Contrataciones Públicas de la Secretaría de la Función Pública. Nuestra impresión es que la respuesta otorgada por la SFP al IMSS (Oficio No. UNCO/309/BMACP/0346/2012) es muy pobre en el sentido de que solo citan los artículos de la LAASSP correspondientes a la elaboración de estudios de mercado, sin aportar ningún elemento nuevo para la mejora de las investigaciones de mercado.

⁸⁴ Excepto la parte de materiales de curación de la delegación Estado de México Poniente según consta en el Oficio No. 095384611400 del IMSS, con fecha de 2 de julio de 2012.

⁸⁵ Esta fecha compromiso aparece en la presentación titulada “Investigaciones de mercado: Metodología general”, elaborada por la División de Investigaciones de Mercado, sin fecha, entregada al IMCO el 3 de julio de 2012.

Paralelamente a la nueva obligación de las delegaciones de realizar investigaciones de mercado regionales, la División de Investigaciones de Mercado en nivel central tomó algunas decisiones de cambio en su operación. En particular, implementó algunos cambios en la estructura orgánica –crearon un área conformada por una persona dedicada a sistematizar la información de las investigaciones de mercado históricas y redujeron el número de investigadores principales de 6 a 2, esperando que la rotación en estos puestos no sea alta– y medidas para ordenar la información –para cargar los datos de las compras históricas en archivos de Excel, generar reportes semanales sobre el estatus de las investigaciones, foliar las investigaciones para tener mayor control y archivarlas de forma física y de forma electrónica en CDs–. A pesar de que estas medidas son simples, contribuyen con la eficiencia de los investigadores de mercado; previo a estos cambios no existía una base de datos con toda la información de las investigaciones históricas.

3. Manuales para el comprador, usuario interno y proveedor

Los manuales para el usuario interno (o áreas requirentes), el comprador y el proveedor se crearon para agilizar y sistematizar los procesos de compra. Los manuales son unas guías de información simplificadas que delinear paso a paso lo que deben hacer cada una de las áreas durante el proceso de compra. Para conformar y validar cada una de estas guías, la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios se reunió con su contraparte. En la conformación de los manuales del comprador y del usuario interno participó el área médica, el área de personal y otras áreas compradoras. Para avalar la guía del proveedor, la Coordinación se reunió con la CANIFARMA y la CANACINTRA.

a) Manual del Comprador

El manual del área contratante cumple con el objetivo de describir el proceso de compra e indicar qué tipo de divisiones o coordinaciones son las responsables de cada etapa. La guía del comprador es útil porque incluye una descripción de los pasos a seguir, indicando las normas que corresponden de la LAASSP o de su reglamento, y los aspectos relevantes que se deben tomar en cuenta. A pesar de ello, consideramos el que no cuenta con un balance deseable entre lo que indica la ley y cómo se debe implementar ésta en términos prácticos. Es decir, la mayor parte de la guía consiste en una muy buena síntesis de la normatividad aplicable, pero es recomendable que esté acompañada de indicaciones sobre cómo tomar las mejores decisiones cuando no existan reglas preestablecidas.

Por ejemplo, respecto al precio máximo de referencia, únicamente se indican las fuentes que se deben usar para estimarlo pero no se señala qué metodología se debe utilizar o si hay diferentes metodologías dependiendo de las condiciones de la compra. Asimismo, hay algunas modalidades de compra como las ofertas subsecuentes de descuento o el criterio de puntos y porcentajes que a pesar de ser complejos, son definidos y descritos sin señalar claramente cómo se llevan a cabo⁸⁶.

Pasando a un aspecto más general, el manual carece de una orientación sobre los riesgos que existen durante el proceso de compra, por ejemplo, la colusión o la manipulación de los procedimientos por parte de otros servidores públicos. Por último, la sección VII. Indicadores se centra exclusivamente en la normatividad, dejando de lado la evaluación de los resultados de las adquisiciones (o el desempeño), que debe ser un

⁸⁶ Si bien, en la sección V. Ejecución del Procedimiento de Contratación se presenta a los lectores los lineamientos emitidos por la SFP sobre estos temas, la información contenida en el manual es insuficiente.

aspecto fundamental durante el proceso de compra. Además, el contenido de la sección es superficial, ya que el único indicador de evaluación de desempeño que aparece es el siguiente y cuenta con varias deficiencias:

Correcta planeación en las etapas de contratación:

$$\left(\frac{\text{número de procedimientos con inconformidad presentada}}{\text{número de procedimientos realizados}} \right) * 100$$

La primera deficiencia es que no existe un vínculo directo entre qué tan bien se planeó la compra y el número de inconformidades presentadas, esto se debe a que las inconformidades se pueden originar por cualquier tipo de irregularidad detectada por los participantes. La segunda es que incluso si el número de inconformidades estuviera relacionado con la planeación, se deberían utilizar únicamente las inconformidades procedentes porque sólo éstas son una muestra de alguna falla en el proceso.

b) Manual del Área requirente (usuario interno)

Desde la perspectiva del IMCO, el manual dirigido al personal del área requirente es funcional porque proporciona una guía detallada sobre los pasos a seguir al realizar un requerimiento de compra. Además, la información está organizada conforme al orden del proceso de compra lo que facilita su uso. Para cada una de las etapas de compra (planeación del requerimiento, elaboración del requerimiento, procedimiento de contratación y administración de contratos), el manual contiene qué acciones se deben realizar, qué recomendaciones se deben seguir y qué autoridad es la responsable de llevarlas a cabo. Estas características hacen que el manual sea de calidad, sin embargo, presenta algunas áreas de mejora:

La sección IV. Planeación del requerimiento, establece claramente cuáles son los aspectos que los funcionarios de compras deben considerar al momento de definir las compras que realizarán y cuáles son las opciones que deberán tomar en cuenta antes de realizar un requerimiento. Entre ellas están la revisión de inventarios existentes, contratos abiertos o plurianuales e incluso la aparición de nuevos productos. A pesar de que esta sección cuenta con una perspectiva integral, no guía a los funcionarios sobre cómo llevar a cabo las recomendaciones planteadas, por ejemplo, ¿en dónde pueden consultar los contratos abiertos o plurianuales vigentes?, ¿cómo pueden conocer a profundidad la existencia de nuevos productos? Igualmente, en el manual se utilizan algunos términos de carácter interno (por ejemplo, “sistema de clasificación del Instituto” o “Consejo Técnico”) y se asume que cualquier funcionario está al tanto de ellos. Es deseable que en estos casos se incluyan breves notas sobre su significado para que la guía sea útil tanto para funcionarios experimentados como para los que no lo son.

En la sección V. Elaboración del requerimiento de contratación, se plantea la posibilidad de usar diversas modalidades estratégicas de compra como la consolidación, contratos abiertos o contratos marco, sin embargo, el manual carece de una guía puntual sobre en qué condiciones es conveniente hacer uso de ellas. En este sentido, no es suficiente que el manual contenga la gama de opciones que los funcionarios deben tomar en cuenta al realizar un requerimiento, sino que también debería incluir recomendaciones sobre su uso. Esto mismo sucede con algunos requisitos del listado de documentos que deberá contener la solicitud de adquisición de los bienes o contratación de los servicios. Por ejemplo, se solicita que se justifique en caso de

que se requiera usar el criterio binario, ¿pero cómo determinar cuándo es conveniente usar este método? La tarea del manual es precisamente atender estas dudas de carácter práctico⁸⁷.

Recomendamos revisar la lista de documentos de la solicitud de adquisición de bienes o contratación de servicios correspondiente al método de adjudicación directa porque contiene aspectos sobre el método de puntos y porcentajes que según los lineamientos emitidos por la SFP no deben ser usados en este método de compra⁸⁸.

c) Manual del Proveedor

En términos generales, el manual del proveedor es una guía clara y bien estructurada que resulta útil para que los interesados en venderle al IMSS tengan una idea de cuáles son los pasos a seguir y cuáles son las etapas del proceso de compras. Sin embargo, tiene una deficiencia relevante: La sección VI. Ejecución del Procedimiento de Contratación, en la que se describen los procedimientos que se deben seguir al comprar, está centrada en lo que indica la normatividad, dejando de lado señalamientos sobre las situaciones que enfrentan los participantes en la práctica. En ese sentido, es recomendable incluir algún ejemplo práctico para que los proveedores se familiaricen con los vínculos de CompraNet, los formularios, formatos y documentos comunes que se usan en una licitación pública, invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa.

El Manual identifica los requisitos básicos para ser proveedor de cualquier dependencia o entidad que ejerce presupuesto federal, pero no indica de manera explícita si se debe de cumplir con algún requisito adicional para ser proveedor del IMSS. Aunque la guía señala cuáles son los documentos que se deberán proporcionar para formar parte del catálogo de proveedores del IMSS⁸⁹, advierte que ello no será requisito para participar en los procesos de adquisición. Se recomienda que en esta sección se presente un vínculo al apartado de “información de proveedores” del portal de compras del IMSS⁹⁰, ya que ahí están disponibles los formatos de solicitud, horarios de atención y números telefónicos donde podrán pedir más información.

Con relación a los medios para consultar los procesos de contratación del IMSS, el manual indica que las convocatorias se publican en CompraNet y un resumen de ellas en el Diario Oficial de la Federación. Asimismo, señala que al registrar en CompraNet los conceptos que la empresa manufactura, comercializa o provee, el usuario recibirá notificaciones de oportunidades publicadas por las dependencias o entidades por correo electrónico. Adicionalmente, la sección IX. Bolsa única de ofertas (BUO) describe los requisitos que los interesados deberán cumplir para poder acceder al portal donde podrán participar por contratos locales (o de

⁸⁷ Según la literatura sobre este tema, cuando se trate de un bien estandarizado, es decir, cuando el comprador puede especificar todos los parámetros técnicos esenciales, la mejor alternativa es utilizar el método binario. Lundberg, S, Bergman, M. (2010) “Tender Evaluation and Award Methodologies in Public Procurement” http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1831143

⁸⁸ Lineamientos para la aplicación del criterio de evaluación de proposiciones a través del mecanismo de Puntos o porcentajes en los procedimientos de contratación, artículo primero: Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer las disposiciones que deberán observar los sujetos a que se refieren los artículos 1 fracciones I a V de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 1 fracciones I a V de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, para utilizar el criterio de evaluación de proposiciones a través del mecanismo de puntos o porcentajes en los procedimientos de contratación de licitación pública y de invitación a cuando menos tres personas que regulan los propios ordenamientos legales.

⁸⁹ Sección V. Registro de proveedor en el catálogo de proveedores.

⁹⁰ El vínculo es: <http://compras.imss.gob.mx/?P=provinfo>

órdenes de reposición por contratos incumplidos). Aunque esta sección cuenta con información para que los proveedores estén al tanto de la BUO y cómo acceder a ella, es recomendable incluir una descripción más profunda sobre qué es la BUO y cómo funciona, o bien, poner un vínculo al Manual de Usuario de la BUO para proveedores.

A lo largo del manual es posible identificar algunas de las obligaciones que deberán cumplir los proveedores pero no se señalan cuáles son sus derechos. Por ejemplo, el manual no cuenta con un apartado para guiar a los proveedores para presentar inconformidades en caso de que consideren que ha habido alguna irregularidad durante el proceso de compra. En términos de los derechos y obligaciones del IMSS hacia el proveedor, la guía no menciona de forma explícita cuáles son estos derechos y obligaciones, sin embargo, se puede inferir que el IMSS tiene el derecho de exigir a los proveedores que cumpla con los requisitos e indicaciones incluidas en el Manual.

3. ¿El IMSS compró mejor en 2012?

Indicadores que comparan la compra del ciclo 2011 con la del ciclo 2012

En esta sección, comparamos algunos aspectos de la compra del ciclo 2011 con la del ciclo 2012, en particular mostramos el cambio en el ahorro logrado, el cambio en el nivel de incumplimiento de contratos y el cambio en la dispersión entre el precio de la compra centralizada y el precio de compra a través de la BUO y de las compras emergentes.

Ahorro generado por el IMSS y el ISSSTE en la compra de medicamentos con base en la metodología de la SFP

La SFP estima los ahorros generados en las compras de la Administración Pública Federal (APF) con el objetivo de establecer metas de ahorro potencial derivado de la implementación de diversos mecanismos de adquisiciones, como lo son los contratos marco y las ofertas subsecuentes de descuento. Para estimar el ahorro logrado de las compras históricas, la SFP obtiene la diferencia entre el precio de la investigación de mercado y el precio de compra y la multiplica por la cantidad comprada⁹¹. De acuerdo con esta metodología, entre 2010 y 2011 (o entre el ciclo de compra 2011 y 2012) el ahorro total en la compra de medicamentos cayó 81% en el IMSS (pasó de 5,080 a 978 millones de pesos) y 30% en el ISSSTE (cayó de 309 a 217 millones de pesos)⁹².

Esta diferencia se debe, por una parte, a que la cantidad comprada (en piezas) fue menor en 2011 que en 2010 y por otra, a que la diferencia entre el precio de investigación de mercado y el precio de compra es pequeña, es decir el precio de compra no fue mucho menor al precio establecido en la investigación de mercado. Esto último explica más la caída en el ahorro del IMSS que del ISSSTE; mientras que la cantidad de medicamentos comprados cayó solo 10.6% entre 2010 y 2011, el ahorro disminuyó 81%, lo que indica que la disminución en la cantidad sólo explica una pequeña fracción del cambio en el ahorro. Aproximadamente 1/8 de este cambio se explica por la reducción de la cantidad comprada y el resto (7/8 o 87.5%) a que la diferencia entre el precio de la investigación de mercado y el precio de compra fue pequeña. En contraste, la primera explicación, que se refiere a que la cantidad comprada en piezas fue menor en 2011 que en 2010, se ajusta mejor al caso del ISSSTE, ya que tanto la cantidad comprada como el ahorro disminuyeron 30%.

⁹¹ Tomado de "Nota Metodológica para la Determinación de Metas de Ahorros Derivados de la Implantación de Estrategias de Contratación Pública 2011", apartado 2.3 Estimación de ahorros 2009-2010. La fórmula es la siguiente:

$$Ahorro_{Estrategia} = \sum_j^n (PM_j - PAD_j) * Q_j$$

donde;

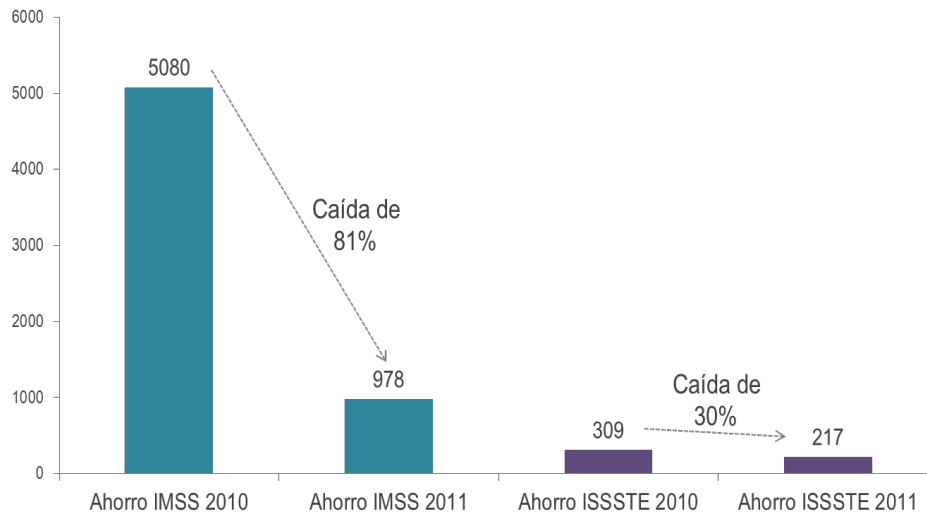
PM_j .- Se refiere al precio unitario de mercado para la partida j , ya sea el establecido en la investigación de mercado o el precio de salida en una OSD.

PAD_j .- Es el precio unitario adjudicado en la partida j .

Q_j .- Es la cantidad adquirida en la partida j .

⁹²Para este análisis utilizamos 426 claves de medicamentos que tanto el IMSS como el ISSSTE compraron a través de licitación pública entre 2010 y 2011.

Gráfica 5. Ahorro en medicamentos en el IMSS e ISSSTE 2010-2011 (millones de pesos)



Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Nota: El ahorro se calculó con base en la metodología de la SFP. Incluye 426 claves de medicamentos que tanto el IMSS como el ISSSTE compraron en 2010 y 2011.

Como proporción del gasto total en medicamentos, el ahorro que generó el IMSS en 2010 equivale a 26% y en 2011 a 9%, en cambio, el ahorro del ISSSTE representó 13% del gasto total en 2010 (menor al del IMSS) y 15% en 2011 (mayor al del IMSS). Mientras que el ahorro del IMSS como proporción del gasto se redujo entre 2010 y 2011, el del ISSSTE aumentó.

Sin ponderar por la cantidad comprada, la diferencia porcentual promedio entre el precio de compra y el precio de la investigación de mercado en el IMSS en 2011 es de 3.26% y en el ISSSTE de 7.37% (en términos absolutos). Esto indica que ambos institutos generaron ahorros, pero el ISSSTE, comparado con el IMSS, compró una mayor cantidad de claves por abajo del precio de la investigación de mercado. De hecho, no encontramos ninguna clave que el ISSSTE haya comprado por arriba del precio de la investigación de mercado, mientras que el IMSS compró 18 claves a precios mayores a los establecidos en la investigación de mercado (estos medicamentos representan 2.5% del gasto total de las claves analizadas). Esto puede ser consecuencia de que en algunos casos la mediana de mercado que arroja la investigación pudo estar subvaluada o que el Instituto se vio obligado a adquirir los medicamentos por encima del precio mediano de mercado. Si el proceso de compras se apegara por completo a las regulaciones, a la vez que se implementan ciertas estrategias, no se debiera observar que el precio de compra sea mayor al de investigación de mercado.

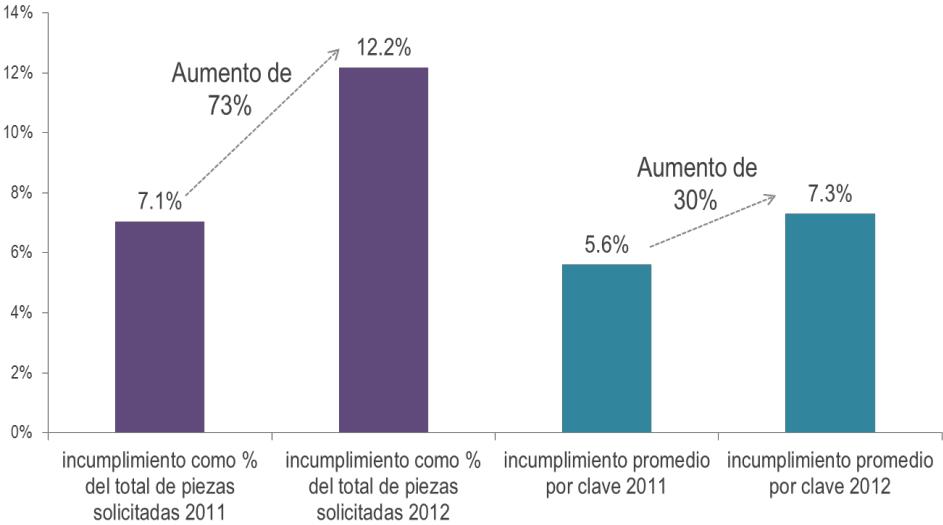
Incumplimiento de contratos

Al comparar el porcentaje de contratos incumplidos entre 2011 y 2012 (contratos que corresponden al ciclo de compra 2011 y 2012, respectivamente), encontramos que el IMSS se enfrenta a un aumento de incumplimientos de contrato. Entre enero y mayo de 2011, del total de unidades de medicamentos solicitadas se incumplió con la entrega del 7.05%, mientras que para el mismo periodo en 2012 el incumplimiento aumentó a 12.18%. El incumplimiento promedio por clave de medicamento fue de 5.6% con una desviación estándar de 12.4% en 2011 con un incumplimiento máximo de 97% en la clave 22: Caseinato de calcio en polvo. En cambio, en 2012, el incumplimiento promedio por clave de medicamento es de 7.3% con una

desviación estándar de 14.3% y un máximo incumplimiento de 100% en tres claves (parches de nicotina en diferentes presentaciones).

El aumento en contratos incumplidos puede ser consecuencia de que la compra 2012 se hizo con una sola zona en lugar de dividir la cantidad total a contratar en tres o cuatro zonas como se hacía antes del 2012. En las entrevistas que realizamos durante el año 2011, nos dimos cuenta que el IMSS estaba consciente de que los incumplimientos podían aumentar al juntar toda la cantidad a contratar en una sola zona y en un solo contrato, tal como lo recomendó la OCDE con el objetivo de reducir la potencial colusión entre los licitantes.

Gráfica 6. Incumplimiento de contratos 2011-2012



Fuente: IMCO con base de incumplimientos 2011-2012 del IMSS.

De acuerdo con un análisis que realizó la Coordinación de Control de Abasto, seis órdenes de reposición de cinco claves, concentradas en cinco proveedores y que representan 5.45% del total de piezas solicitadas, son las que presentan un mayor nivel de incumplimiento. Por lo tanto, de no haberse incumplido estos contratos, el porcentaje de piezas incumplidas sería cercano a 6.7%; similar al del año anterior.

Derivado de este análisis, la Coordinación se dio cuenta que estas cinco claves pertenecen a un grupo de “claves de alto volumen” (equivalen a 5.45% del total de piezas solicitadas) y de bajo costo (su precio unitario es menos a \$10 pesos). Por ello, solicitaron a la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios para el ciclo de compras 2013, que para este tipo de claves (alto volumen/bajo costo /bajo nivel de atención de la proveeduría) se lleven a cabo investigaciones de mercado en las que el precio no sea el único factor determinante, y que se incluyan dentro del estudio otras variables como la capacidad del mercado nacional, la capacidad de la proveeduría, los costos de logística para atender a cada uno de los almacenes solicitantes, entre otras.

Diferencia entre los precios de compra en la BUO (en Delegaciones y UMAEs) y la compra centralizada

Analizamos las compras de medicamentos a través de la BUO de enero a mayo de 2012 (estas compras se hacen para cubrir los faltantes por retraso o incumplimiento de contrato por parte de los proveedores) y comparamos el precio de compra contra el precio negociado en el contrato original que licitó Nivel Central durante el último trimestre de 2011 como parte de la compra del ciclo 2012. Encontramos que para 382 claves que se compraron tanto a Nivel Central como en la BUO, en promedio el precio de compra a través de la BUO es 56% mayor al precio de compra con el contrato centralizado (con una desviación estándar de 99.9%). Cabe señalar que 52 claves de medicamentos se compraron a menores precios a través de la BUO y que el mayor sobreprecio fue de 1,039% (en la clave 408: Clorfenamina en jarabe, que requirió la delegación de Zacatecas).

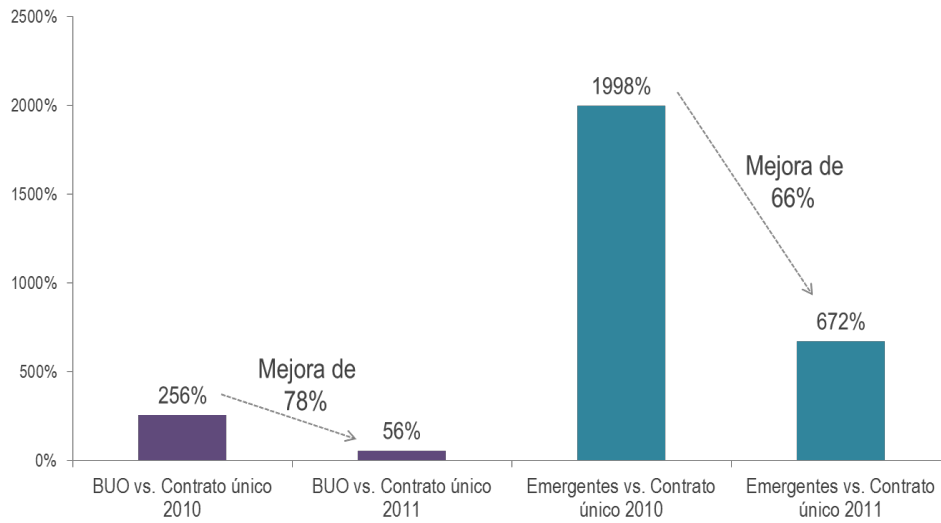
En el año anterior, de enero a mayo de 2011, encontramos que de las 570 claves que se compraron tanto a Nivel Central como en la BUO, en promedio el precio de compra a través de la BUO fue 256% mayor al precio de compra con el contrato centralizado (con una desviación estándar de 1,486%). Por lo tanto, podemos decir que en 2012, en términos de los precios de los medicamentos comprados a través de la BUO, hubo una mejora de casi 80%.

Diferencia entre los precios de compra emergente (en unidades médicas) y la compra centralizada

Realizamos el mismo tipo de análisis pero en lugar de utilizar la información de las compras a través de la BUO, comparamos las compras emergentes entre enero y mayo de 2012 con la compra centralizada. Encontramos que de un total de 228 claves que se compraron con el contrato único en Nivel Central y a través de compras emergentes en las unidades médicas, en promedio el precio de las compras emergentes es 672% mayor al del contrato único. Cabe señalar que de las 228 claves analizadas, 13 se compraron más baratas a través de la compra emergente. El sobreprecio más grande es de 14,000% (en la clave 4186: Mesalazina en gragea, que compró la UMAE Hospital de Especialidades Veracruz (Nte.) a un proveedor "no registrado").

En el año anterior, de enero a mayo de 2011, encontramos que de las 216 claves que se compraron tanto a Nivel Central como en las unidades médicas a través de compras emergentes, en promedio el precio de compra a través de esta fue modalidad 1,998% mayor al precio de compra con el contrato único (con una desviación estándar de 20,122%). Por lo tanto, en el caso de los precios pagados por las compras emergentes, podemos decir que en 2012 hubo una mejora de casi 66%.

Gráfica 7. Compras centralizadas contra compras a través de la BUO y emergentes, 2010-2011 (diferencia porcentual promedio del precio)



Fuente: IMCO con bases de datos de licitaciones (2010-2011), BUO y compras emergentes (2011-2012) del IMSS.

En resumen, a pesar de que el IMSS en 2012 se está enfrentando a un mayor nivel de incumplimiento de contratos, está comprando mejor a través de la BUO y de las compras emergentes para suplir las necesidades médicas que se derivan del propio incumplimiento de contratos.

Conclusión

El acuerdo que firmó el IMSS con la OCDE y la CFC en enero de 2011, es un esfuerzo más que acompaña los cambios que inició el IMSS en 2007, y no sólo sirve para adoptar las mejores prácticas internacionales en materia de adquisiciones, sino para institucionalizarlas. Desde nuestra perspectiva, el acuerdo ha tenido un efecto positivo al incentivar al IMSS a crear nuevos proyectos que atienden las recomendaciones de la OCDE, por ejemplo, reducir las compras fuera de la licitación pública –objetivo que tiene la nueva fórmula de requerimientos y la estrategia de centralización-descentralización– y tener trazabilidad de las compras a nivel local –objetivo que se busca con las investigaciones de mercado regionales y la modernización de la BUO–. Además de los nuevos proyectos que está implementando el IMSS para mejorar su sistema de compras, de acuerdo con los resultados del modelo de DD que presentamos en la primera sección del documento, la presencia de la Organización en el IMSS tuvo un efecto positivo sobre la compra del ciclo 2012. Los precios de los medicamentos comprados a través de licitaciones públicas se redujeron 3.3% y la participación de los licitantes aumentó 34%.

Sin embargo, el IMSS no atendió, o al menos no definió una estrategia para atender algunas de las recomendaciones de la OCDE, específicamente las encaminadas a combatir la colusión entre oferentes en las licitaciones públicas. Entre estas se encuentran fomentar oportunidades para ejercer el poder de compra, coordinarse con la SFP y con la CFC para encontrar patrones de colusión, realizar actividades de monitoreo e intercambio de información con otras entidades compradoras, eliminar el abasto simultáneo y otras prácticas que ayudan a los oferentes a coordinarse para elevar los precios y reacondicionar los estudios de mercado. Con relación a esta última recomendación, en la primera entrega del estudio del IMCO señalamos que el IMSS, además de mejorar las investigaciones de mercado, debía tener un área de inteligencia de mercado, que pudiera ofrecer información contundente para establecer una estrategia de compra *ad hoc* al poder de compra con el que cuenta el IMSS.

En esta segunda entrega de la investigación del IMCO, reiteramos que crear un área de inteligencia de mercado es central para la mejora del sistema de compras del IMSS. Más allá de la adopción de reglas generales, como por ejemplo, la adopción de la OSDs para todas las compras posibles o llevar a cabo licitaciones públicas para todos los procesos de compra independientemente de la estructura del mercado, contar con un área de inteligencia de mercado ayudaría a que el IMSS implemente las reglas generales pero de forma estratégica. También queremos señalar que entre las tareas fundamentales que ideó el IMSS con el objetivo de “comprar bien” y atender las recomendaciones de la OCDE, quedará pendiente la finalización de dos proyectos centrales para la mejora del sistema de compras: (1) el sistema informático integral y (2) la profesionalización y certificación de los funcionarios que compran. El éxito de los dos proyectos depende de la voluntad de la siguiente administración.

Además de la ejecución de estos dos proyectos, queda pendiente medir el impacto de los proyectos que echó a andar la actual administración del IMSS en estos primeros ocho meses del 2012 y que describimos en este documento. Por ejemplo, con relación al efecto de la nueva fórmula de requerimientos, queda pendiente estudiar cómo se adecuaron las delegaciones y UMAEs a sus nuevas responsabilidades y cuál es el impacto en precios, número de licitantes y porcentajes de incumplimiento de contratos de la nueva estrategia de descentralización. Asimismo, falta hacer un análisis del nivel de cumplimiento de contratos de medicamentos y de materiales de curación, a partir de la implementación del tablero de control y de la interacción continua con la CANIFARMA.

En resumen, paralelamente a incentivar la elaboración de los nuevos proyectos para eficientar el sistema de compras del IMSS, el acuerdo que firmó con la OCDE y la CFC ayuda a dar continuidad a las prácticas y proyectos transformadores que el IMSS ha realizado en los últimos cinco años. La institucionalización de estos proyectos a través del acuerdo, fomenta que la siguiente administración del IMSS, que entrará con el próximo gobierno el 1 de diciembre de 2012, implemente las mejores prácticas internacionales de compras públicas al darle seguimiento a la implementación de los proyectos que hemos descrito y retomar los que la presente administración deja inconclusos.

Anexos

Anexo 1. Entrevistas a funcionarios del IMSS

Lic. Alfonso Rodríguez Manzanedo, Titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios, 12 de julio de 2012.

Lic. Carlos Otañez, Titular de la Coordinación de Control de Abasto, 3 y 30 de julio de 2012.

C.P. Jorge Mora, Titular de la Unidad de Administración, 2 y 31 de julio de 2012.

Lic. Irma Merlos, Titular de la Coordinación de Optimización de Procesos, 4 de julio de 2012.

Arq. Luis Fernando Sáenz Murillo, Titular de la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados, 3 de julio de 2012.

Ing. Mario Ohrstron, Titular de la Coordinación Técnica de Mando, Selección y Capacitación, 7 de agosto de 2012.

Anexo 2.1. Recomendaciones de la OCDE

Recomendaciones sobre la legislación:

Al igual que cualquier compra de bienes o servicios por parte del gobierno federal, la adquisición de medicamentos o instrumentos médicos por parte de IMSS está regida por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y su reglamento. Por esta razón, la recomendaciones de la OCDE para ajustar el marco normativo de compras públicas versan sobre las siguientes modificaciones a la LAASSP:

Procedimientos de Adquisición

1. La participación en el procedimiento de adquisición deberá de ser abierta a todos los oferentes calificados, sin importar su nacionalidad.
2. El gobierno mexicano deberá evaluar el uso de la excepción de compras pequeñas o menores que se realizan bajo el artículo 42 de la LAASSP, para poder verificar que la competencia no está restringida de forma innecesaria y que “el valor por el dinero” se consigue en estas compras.
3. Se deberá de promover el uso de subastas en reversa, eliminando las restricciones incluidas actualmente en la LAASSP.
4. Se deberá de promover el uso de procedimientos electrónicos de adquisición.

Requerimientos públicos

5. Se deberán revisar los requerimientos de divulgación en la LAASSP, para que la cantidad de información revelada al público no facilite la colusión.
6. La información revelada públicamente en relación a la licitación deberá hacer imposible que se identifiquen a los participantes o deberá de revelarse con cierto retraso. Algún tipo de información, por ejemplo, el registro de los participantes no deberá hacerse pública bajo ninguna circunstancia.

Propuestas en conjunto y cumplimiento de la ley de competencia

7. Los participantes que presenten propuestas en conjunto deberán especificar el propósito y los incentivos para presentar una propuesta conjunta.
8. Además del “Acuerdo de integridad” requerido en el artículo 29 (IX) de la LAASSP, los oferentes deberán presentar un “Certificado de determinación de posturas independientes”.

Investigaciones de mercado

9. La SFP deberá de tomar un rol más activo para implementar las mejores prácticas sobre investigaciones de mercado.

Precios y márgenes de preferencia

10. La Ley no debe garantizar a los oferentes mexicanos algún trato preferencial en la evaluación de las propuestas.
11. Se deberá permitir más flexibilidad a los oferentes extranjeros al fijar sus precios ante las entidades compradoras. En específico, no se les debe solicitar que sus posturas sean acorde a las prácticas de comercio internacional justo.

Criterios para otorgar un contrato

12. La ley deberá dar a los compradores más flexibilidad con respecto a qué criterio de evaluación se utilizará para otorgar el contrato, en particular cuando éste incluya un criterio binario.
13. La reforma a la ley no deberá incluir el requerimiento de que la propuesta ganadora tenga que estar por arriba de la cota mínima representada por el precio conveniente.
14. La ley deberá limitar significativamente la posibilidad de que los compradores dividan el contrato entre múltiples oferentes.

Sanciones, garantías y cumplimiento de contrato

15. La ley deberá fortalecer el marco de sanciones relacionado al incumplimiento del contrato. En particular, deberá hacer más costoso la elección estratégica del proveedor de sólo cumplir con una parte del contrato.

Recomendaciones sobre los procedimientos:

A continuación se presenta un breve resumen de las 23 recomendaciones de la OCDE a los procesos de contrataciones públicas en el IMSS plasmadas en el documento *Fighting Bid Rigging in Public Procurement in Mexico. A Secretariat Report on IMSS Procurement Regulations and Practices (2011)*⁹³. Los lineamientos están enfocados a evitar la colusión, favorecer la competencia y de esa forma, hacer más eficientes las compras del Instituto.

Mayor consolidación de las compras

1. El IMSS deberá explorar otras oportunidades para aprovechar al máximo su poder como comprador. Esto implica:
 - Mayor consolidación de las compras entre las entidades locales.
 - Utilizar compras multianuales cuando sea apropiado (por ejemplo, para medicamentos genéricos que perdieron la patente años atrás, esto es, para los que el número de oferentes potenciales es estable hoy).
 - Adquirir bienes y servicios en conjunto con otras agencias gubernamentales.
 - Atraer el interés y promover la entrada de nuevos oferentes.

Coordinación con la SFP y la CFC y adopción de las mejores prácticas

2. El IMSS deberá coordinar sus procedimientos de adquisición con la SFP no sólo en el momento de conseguir testigos sociales, sino en etapas anteriores del procedimiento de adquisición, para obtener consejos sobre la mejor forma de diseñar la adquisición y de estructurar la licitación.
3. El IMSS deberá hacer mayores esfuerzos para que sus empleados adopten las mejores prácticas en las adquisiciones, y el uso de documentos estandarizados para la licitación y procedimientos como lo describe el manual de adquisiciones de la SFP.
4. El IMSS deberá adoptar procedimientos de licitación remotos y electrónicos para todas sus adquisiciones y en todos los momentos del procedimiento.

⁹³ La versión completa del documento junto con las recomendaciones está disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/52/28/49390114.pdf>

5. El IMSS deberá buscar expandir su cooperación con la CFC y posiblemente formalizarla, por ejemplo, firmando un protocolo.

Combatir prácticas que puedan favorecer la colusión

6. Las convocatorias de licitación del IMSS deberán dejar claro que las ofertas conjuntas son permitidas sólo cuando hayan justificaciones pro competencia, por ejemplo:
 - Dos proveedores activos en diferentes mercados que ofertan el mismo servicio integral, pero que de manera independiente no podrían hacerlo.
 - Dos proveedores en distintas áreas geográficas que realizan una sola propuesta para proveer a todo el país.
 - Dos proveedores o más que suman capacidades para cumplir con un contrato que es muy grande para cada uno de ellos de forma individual.
7. El IMSS deberá dividir un solo contrato entre múltiples proveedores solamente en circunstancias excepcionales, por ejemplo para permitir a nuevos competidores ganar presencia en el mercado. En los casos para los que la seguridad del abasto es una preocupación, el IMSS debe considerar empaquetar el contrato en pequeños lotes y asignar cada uno de estos a un proveedor individual (lo cual es asequible para pequeños proveedores), o bien, consolidar las compras (para atraer proveedores grandes adicionales), en lugar de otorgar el mismo contrato a múltiples proveedores.
8. Para disuadir el uso de subcontratación como mecanismo para crear una colusión, el IMSS deberá pedir a los oferentes: (i) revelar de antemano la intención de subcontratar a otros proveedores (por ejemplo, en los documentos de propuestas de oferta que son entregados al IMSS); (ii) identificar con claridad a los subcontratados; y (iii) explicar por qué la subcontratación es necesaria para poder cumplir apropiadamente con el contrato.
9. Dentro de los límites de la ley, el IMSS deberá evaluar si la cantidad y el detalle de la información publicada en su plan anual de adquisiciones facilita la colusión.

Incrementar el uso de mecanismos competitivos

10. El IMSS deberá limitar el uso de las excepciones a las licitaciones públicas.
11. En general, el IMSS deberá optar por abrir lo más posible la participación en un procedimiento de adquisición. En relación a lo anterior, cuando una licitación nacional se declare desierta, el IMSS deberá abrir la licitación a proveedores extranjeros en lugar de usar una excepción a la licitación pública.
12. El IMSS deberá considerar aumentar el nivel de descuento (actualmente de 40 por ciento, es decir el nivel mínimo permitido por la LAASSP) utilizado para calcular los precios convenientes.
13. El IMSS deberá cambiar sus mecanismos de subasta y tiempos de la licitación, así como el alcance de la consolidación, de forma que sea más complicado que se establezca, o siga existiendo, una colusión.
14. El IMSS deberá considerar requerir un Certificado de determinación de posturas independientes (CIBD) que acompañe a todas las licitaciones.

Reacondicionamiento de las investigaciones de mercado

15. El IMSS deberá considerar realizar cambios para planear los procedimientos de adquisición de forma que haya suficiente tiempo para llevar a cabo investigaciones de mercado.
16. El IMSS deberá considerar realizar cambios en la forma en que se conducen actualmente los estudios de mercado para que se recolecte suficiente información de fuentes de calidad (que posiblemente incluyan comparaciones internacionales), para sustentar la elección del procedimiento de licitación que se utilizará, al igual que los precios de referencia.
17. La información recopilada en las estudios de mercado no deberá ser entregada a los oferentes antes de la licitación.

Monitoreo y mecanismos para compartir información

18. El IMSS deberá de monitorear regularmente y de forma proactiva el número de oferentes para cada categoría macro del gasto y revisar que el número no esté por debajo de los niveles aceptables.
19. En relación al punto anterior, el IMSS deberá investigar de forma proactiva por qué los oferentes deciden no seguir ofertando y con base en ello, realizar las acciones adecuadas para eliminar obstáculos para su participación.
20. El IMSS deberá mantener una base de datos clara de todas sus licitaciones y deberá ponerla a la disposición de la CFC en un formato que permita el fácil análisis de los datos, para que de esta forma cualquier patrón de propuestas dudoso pueda ser apropiadamente investigado.
21. El IMSS deberá entrar, de forma proactiva, en diálogo con otras agencias gubernamentales (por ejemplo, a través de un mecanismo de consulta), para compartir mejores prácticas, puntos de vista sobre comportamientos de oferta dudosos, y conocimiento del mercado (por ejemplo, información de precios, identidad y proveniencia de los proveedores).
22. El IMSS deberá establecer procedimientos y reportes claros para el área de adquisiciones, para que de esta forma informen sobre cualquier sospecha de colusión durante las licitaciones. Los procedimientos de reporte deberán establecer la necesidad de mantener en el anonimato al personal de adquisiciones que los lleve a cabo.

Actividades de capacitación

23. El IMSS deberá implementar un programa de entrenamiento para el personal de adquisiciones, enfocándose en comportamientos colusorios y la manera de combatirlos.

Anexo 2.2. Propuestas IMCO para complementar las recomendaciones de la OCDE

Requerimientos de bienes y servicios

1. La Coordinación de Control de Abasto podría tener una participación más proactiva en la conformación de los requerimientos. Esto implica no solo que revise el requerimiento contra el presupuesto disponible y que lo unifique en cuanto a diferentes presentaciones de los medicamentos, como actualmente lo hace, sino que también verifique que las especificaciones técnicas del requerimiento no limitan la participación (esta recomendación aplica principalmente para la compra de equipo médico).
2. Actualmente la Coordinación de Investigación de Mercados está limitada por las especificaciones técnicas del requerimiento que elabora el área médica y revisa la Coordinación de Control de Abasto. Una posible solución a esta limitante, es que para ciertas compras del IMSS, el Área Médica y la Coordinación de Control de Abasto pudieran discutir, con base en una investigación de mercado profunda, si algunos insumos médicos son sustituibles.
3. Establecer un diálogo abierto y transparente con los representantes de la industria farmacéutica, para eliminar trabas a la participación que se presenten en los pre-requerimientos. La transparencia y registro de estos encuentros o diálogos es fundamental como mecanismo de rendición de cuentas de los servidores públicos.

Investigaciones de mercado

4. Debido a que los ahorros por la consolidación de los bienes terapéuticos han decrecido en el tiempo, el siguiente paso consiste en hacer “inteligencia de mercado”.
5. Para el caso de bienes y servicios que representen porcentajes pequeños del total de compras y/o que tienen un número amplio y estable de proveedores, el IMSS debe continuar con lo que señala la Ley en términos de investigaciones de mercado, es decir, calcular precios de referencia para conocer los rangos deseables de compra.
6. En contraste, para los casos de bienes y servicios que comprometan grandes recursos y/o que tienen un número reducido y volátil de proveedores, es indispensable utilizar inteligencia de mercado con la ayuda de estudios muy completos para conocer a profundidad el mercado (oferta, demanda, proveedores y la influencia del IMSS sobre el propio mercado) y así desarrollar estrategias sofisticadas de una política comercial e industrial.
7. Si se crea un área de inteligencia en investigaciones de mercado, ésta debe ser autónoma y tener injerencia en el diseño de las Convocatorias cuando se trata de compras estratégicas para el Instituto.

Limitar las excepciones a la Licitación Pública

8. En cuanto la recomendación de limitar las excepciones a la licitación pública, más allá de limitarlas, el IMSS deberá evaluar la mejor estrategia para adquirir los bienes y servicios de mayor relevancia para el Instituto. Además del uso actual que se les da a las investigaciones de mercado, la información es útil para desarrollar planes estratégicos con respecto a la oferta. Esto aplica principalmente para los bienes que representan altos niveles de gasto. Para desarrollar dicha estrategia, la elección del procedimiento de compra debe estar en función de la estructura de mercado:

Situación 1. Cuando hay múltiples proveedores del mismo bien o servicio. En este caso, la licitación pública es el método más indicado para asegurar el mejor precio.

Situación 2: Cuando hay pocos proveedores, pero el Instituto compra una proporción importante de las compras totales en el mercado. En este caso, es mejor un proceso negociado (adjudicación directa) sobre la licitación pública.

Situación 3: Cuando hay poca oferta pero la Institución, por su volumen de compras, visualiza que en el mediano plazo tiene la capacidad de desarrollar proveedores. En estos casos el ente público debe buscar alterar el mercado a su favor para (1) descubrir la dimensión geográfica real del mercado; y (2) fomentar la entrada de nuevos competidores a través del diseño de los eventos.

Mayor consolidación

9. Para definir la conveniencia de la consolidación primero es necesario estudiar el mercado. El IMSS aún no ha hecho ese ejercicio formalmente y es prioritario. La consolidación es riesgosa si no se conoce el mercado ya que el costo de oportunidad es la exclusión de la participación de potenciales proveedores (principalmente de aquellos oferentes regionales y locales).
10. Implementar una consolidación de segundo orden. Esto implica, más allá de agrupar Delegaciones y UMAEs por regiones, agrupar las claves de los medicamentos con la misma sustancia activa en una sola partida con un solo contrato. Por ejemplo, agrupar en una sola partida y un solo contrato, el ácido acetilsalicílico en tabletas de 500 mg con el ácido acetilsalicílico efervescente de 300 mg.
11. Centralizar la compra de servicios integrales. Consolidar las compras de los servicios integrales va más allá de realizar el evento licitatorio a nivel central y que cada Delegación y UMAE pida la cantidad de servicios necesarios y administre los servicios y el contrato. Consolidar los servicios integrales equivale a adquirirlos a un solo precio con un solo contrato. Podrían llevar a cabo una licitación centralizada en una sola región, o bien, centralizar la compra a través de varias regiones para hacer más complicado que los proveedores se dividan las Delegaciones y UMAEs y eleven los precios, sin que se elimine un gran número de proveedores derivado de una centralización en una sola zona. Dicha estrategia debe llevarse a cabo siempre y cuando, de acuerdo con la investigación de mercado, el diseño de la regionalización no deje fuera participantes.
12. Las Delegaciones y UMAEs podrían consolidar por regiones las compras que deben realizar debido a los incumplimientos del Contrato Único. De esta forma, los contratos son más atractivos a los proveedores locales (que generalmente son proveedores de una misma región) y se podrían conseguir mejores condiciones: tiempos de entrega más cortos y precios más bajos.
13. Otro posible mecanismo para consolidar las compras, ya sea en el IMSS con los servicios integrales, o entre las instituciones de salud pública del país, es a través de un contrato único (o Contrato Marco) en dos etapas. Este mecanismo requiere que primero se agregue la información de los requerimientos de las distintas agencias compradoras para identificar la intersección de necesidades de bienes e insumos médicos entre éstos. El contrato único es en dos etapas porque en la primera, los oferentes compiten por la adjudicación el bien o insumos médicos para cubrir la demanda de todas las agencias públicas sin considerar los costos y logística de distribución y entrega de los servicios. En la segunda etapa, se hace un contrato sobre el servicio de distribución y entrega por cada uno de los entes públicos participantes de acuerdo a sus propias necesidades de tiempo, distancia y puntos de entrega.

Incrementar el uso de mecanismos competitivos

14. Limitar el número de fabricantes que pueden ser representados por un mismo distribuidor. Además de que la colusión puede darse entre los participantes (que en su mayoría son distribuidores), ésta pudiera estar sucediendo entre los fabricantes a través de los mismos distribuidores. Esta situación se refiere a cuando llega un participante a la licitación pero detrás de él están varios fabricantes con capacidad de cubrir la totalidad del contrato que se pusieron de acuerdo para ir de la mano del mismo representante. La aplicación de esta recomendación requiere de un estudio de la proveeduría, tanto de los distribuidores como de los fabricantes y su relación, y de un análisis del mercado que incluya la entrada potencial de nuevos participantes.

Más procesos electrónicos

15. A pesar de que la modalidad de la licitación sea PMR, el proceso de compra podría ser puramente electrónico y no presencial como lo lleva a cabo actualmente el IMSS. Para realizar las licitaciones por PMR de manera totalmente electrónica es necesario utilizar el portal de CompraNet para que los participantes presenten sus ofertas por internet.

Testigos sociales

16. Es deseable que el IMSS y la SFP den seguimiento o respuesta a las observaciones y recomendaciones de los testigos sociales, aun cuando no realicen denuncias ante el OIC. Por ejemplo, que las áreas requirentes expliquen de manera precisa los motivos por los que es conveniente y justificable la inclusión de características adicionales a las obligatorias en las bases y convocatorias.
17. Ampliar el uso del programa de testigos sociales a las licitaciones de bienes y servicios que se realizan en las Delegaciones y UMAEs y que son estratégicas para el Instituto.

Sanciones por incumplimientos

18. Más que endurecer el esquema de sanciones, como lo recomienda la OCDE (para encarecer la decisión estratégica del proveedor de incumplir selectivamente), habría que practicar un esquema de sanciones diferenciado. Cada uno de los proveedores tiene su récord de desempeño (por claves y delegaciones), y con base en éste, y al número de proveedores en el mercado, se debe imponer la severidad de los castigos.

Mejora en distribución y logística

19. Realizar un análisis del costo-beneficio de contratar con terceros la distribución de los bienes terapéuticos adquiridos por medio del contrato único (el nivel central sería tanto el administrador como el operador de los recursos presupuestales). Este esquema podría ser una alternativa para lograr el suministro oportuno y para reducir los incumplimientos que surgen en las delegaciones más alejadas de las grandes ciudades del país (en las que la causa de los incumplimientos es la falta de infraestructura para la distribución oportuna).

Anexo 3. Recomendaciones de la OCDE por grado de implementación en el IMSS (a diciembre de 2011)

Número de lineamientos	Categoría			
	El IMSS los aplicaba antes de las recomendaciones OCDE (pero se complementarán por el acuerdo)*	El IMSS los implementó a raíz del acuerdo con la OCDE	El IMSS los implementará en los próximos ciclos de compra	El IMSS no las aplicó
	8	3	7	5
1.	Consolidación de compras (Lineamiento 1)	1. Evaluar si la información publicada en el plan anual de adquisiciones facilita la colusión (Lineamiento 9)	1. Procesos electrónicos para todas las licitaciones (Lineamiento 4)	1. Permitir ofertas conjuntas sólo si hay justificaciones pro-competencia (Lineamiento 6)
2.	Coordinación con la SFP en etapas previas a la adquisición (Lineamiento 2)	2. Cambiar mecanismos de subasta, tiempos de la licitación y alcance de la consolidación para hacer menos predecible el proceso de compras a los proveedores (Lineamiento 13)	2. Cooperación con la CFC (Lineamiento 5)	2. Permitir abastecimiento simultáneo solo en circunstancias excepcionales (Lineamiento 7)
3.	Uso de documentos estandarizados, "Manual SFP" (Lineamiento 3)	3. Programa de entrenamiento para el personal de adquisiciones (Lineamiento 23)	3. Aumentar el nivel de descuento (40%) utilizado para calcular el precio conveniente (Lineamiento 12)	3. Disuadir el uso de subcontratación como mecanismo para coludirse (Lineamiento 8)
4.	Limitar excepciones a la Licitación Pública (Lineamiento 10)		4. Realizar investigaciones de mercado con anticipación a la adquisición (Lineamiento 15)	4. Requerir un certificado de determinación de posturas independientes (Lineamiento 14)
5.	Abrir los procedimientos de adquisición; antes de una excepción utilizar una licitación internacional (Lineamiento 11)		5. Monitorear número de oferentes por categorías macro de gasto (Lineamiento 18)	5. No revelar la información de las investigaciones de mercado antes de la licitación (Lineamiento 17)
6.	Mejorar las investigaciones de mercado (Lineamiento 16)		6. Armar y compartir con la CFC una base de datos para investigar patrones dudosos (Lineamiento 20)	
7.	Investigar sobre los obstáculos a la participación (Lineamiento 19)		7. Establecer mecanismos claros para que los funcionarios del área de adquisiciones reporten bajo el anonimato sospechas de colusión (Lineamiento 22)	
8.	Establecer un diálogo con otras agencias gubernamentales (Lineamiento 21)			

Fuente: Primer entrega IMCO, diciembre 2011.

Anexo técnico

Pruebas de diferencias en medias

Cuadro A1. Prueba de diferencias en medias por pares. Diferencia entre el cambio porcentual promedio en los precios de compra de medicamentos IMSS e ISSSTE

Paired t test

```
-----  
Variable |      Obs      Mean      Std. Err.   Std. Dev.   [95% Conf. Interval]  
-----+-----  
      IMSS |      426    1.125342    .8612376    17.77574   - .5674737    2.818157  
      ISSSTE |      426    3.737456    .7065317    14.58265    2.348725    5.126188  
-----+-----  
      diff |      426   -2.612114    .7013244    14.47517   -3.990611   -1.233618  
-----  
      mean(diff) = mean(IMSS - ISSSTE)                                t =   -3.7245  
      Ho: mean(diff) = 0                                           degrees of freedom =      425  
  
      Ha: mean(diff) < 0           Ha: mean(diff) != 0           Ha: mean(diff) > 0  
      Pr(T < t) = 0.0001           Pr(|T| > |t|) = 0.0002           Pr(T > t) = 0.9999
```

Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Cuadro A2. Prueba de diferencias en medias por pares (diferencia entre el cambio porcentual promedio en el número de licitantes en el proceso de licitación del IMSS y del ISSSTE)

Paired t test

```

-----
Variable |      Obs      Mean    Std. Err.   Std. Dev.   [95% Conf. Interval]
-----+-----
LiciIMSS |      422    34.47482    5.176351   106.3359    24.30011    44.64953
LiciISSSTE|      422   -6.740578    2.02555   41.61015   -10.72203   -2.759126
-----+-----
      diff |      422    41.2154    5.101409   104.7964    31.18799    51.2428
-----

      mean(diff) = mean(LiciIMSS - LiciISSSTE)                t =      8.0792
Ho: mean(diff) = 0                                           degrees of freedom =      421

Ha: mean(diff) < 0           Ha: mean(diff) != 0           Ha: mean(diff) > 0
Pr(T < t) = 1.0000          Pr(|T| > |t|) = 0.0000          Pr(T > t) = 0.0000

```

Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Modelo de diferencias en diferencias (DD)

Para analizar el efecto de la intervención de la OCDE en el IMSS, estimamos la siguiente ecuación por mínimos cuadrados ordinarios (MCO):

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta_1 \text{instituto}_i + \beta_2 t_{2011} + \beta_3 t_{2011} \text{instituto}_i + u_{it}$$

donde la variable dependiente, Y_{it} , es el logaritmo natural del precio de compra del medicamento i en el año t o el número de licitantes por medicamento i en el año t , α_i controla por efectos fijos del medicamento i , instituto_i es la variable de tratamiento y toma valor de 1 si el medicamento i lo compró el IMSS y de 0 si lo compró el ISSSTE, t_{2011} es la variable que controla por el tiempo antes y después de la intervención de la OCDE en el IMSS y toma valor de 1 si el año es 2011 y de 0 si el año es 2010, $t_{2011} \text{instituto}_i$ es la interacción entre las dos variables y u_{it} es el término del error. Utilizamos *clusters* por clave de medicamento para los errores estándar.

De esta forma, calculamos la ecuación para 426 claves de medicamentos que tanto el IMSS como el ISSSTE compraron a través de licitaciones públicas en 2010 y 2011 (no incluye las claves que se negocian a través de la CCNPM). El estimador de diferencias en diferencias es $\widehat{\beta}_3$ y mide el efecto de la intervención de la OCDE

sobre los precios de los medicamentos y el número de licitantes en el IMSS, siempre que $E[u_{it}] = 0$ y $Cov(u_{it}, t_{2011}instituto_i) = 0$.

Resultados de la estimación del modelo de DD

Cuadro A3. Efectos de la intervención de la OCDE en el IMSS sobre los precios y el número de licitantes

Variable	modelo1	modelo2	modelo3
instituto	-0.1212***	0.0639	0.0610
	0.0215	0.0708	0.0626
t ₂₀₁₁	0.0205	-0.0345	-0.3005***
	0.0125	0.0292	0.0519
t ₂₀₁₁ instituto	-0.0332***	-0.0071	0.5962***
	0.0088	0.0154	0.0908
ln cantidad		-0.0796*	
		0.0362	
N	1704	1704	1704
r ²	0.9896	0.9901	0.5815
N_clust	426.0000	426.0000	426.0000

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Nota: Se muestra el coeficiente y abajo el error estándar. En el modelo1 y modelo2 la variable dependiente es el ln(precio). En el modelo3 la variable dependiente es el número de licitantes. La variable *instituto* toma valor de 1 para el IMSS y de 0 para el ISSSTE, *t₂₀₁₁* toma valor de 1 para el año 2011 y de 0 para el 2010. *t₂₀₁₁instituto* (la interacción entre *instituto* y *año*) mide el efecto de la intervención de la OCDE sobre las variables dependientes.

Cuadro A4. Efecto de la intervención de la OCDE sobre los precios de claves en las que se sospecha de colusión

Variable	ln_precio
instituto	-0.1156***
	0.0231
t ₂₀₁₁	0.0205
	0.0125
t ₂₀₁₁ instituto	-0.0284*
	0.0134
colusión pre	-0.0235
	0.0607
colusión post	-0.0434
	0.0593
N	1704
r ²	0.9896
N_clust	426.0000

* p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001

Fuente: IMCO con datos de las licitaciones públicas de medicamentos 2010-2011 del IMSS e ISSSTE.

Nota: Se muestra el coeficiente y abajo el error estándar. La variable dependiente es el ln(precio). La variable *instituto* toma valor de 1 para el IMSS y de 0 para el ISSSTE, *t₂₀₁₁* toma valor de 1 para el año 2011 y de 0 para el 2010. *t₂₀₁₁instituto* (la interacción entre *instituto* y *año*) mide el efecto de la intervención de la OCDE sobre la variable dependiente, *colusión pre* es una variable que indica en qué claves se sospechaba de colusión en 2010 (previo a la intervención de la OCDE) y toma valor de 1 si los licitantes ganadores del IMSS en 2010 se dividieron las zonas y de 0 si el mismo licitante ganó en todas las zonas. Y *colusión post* es la interacción entre *t₂₀₁₁* y *colusión pre*.

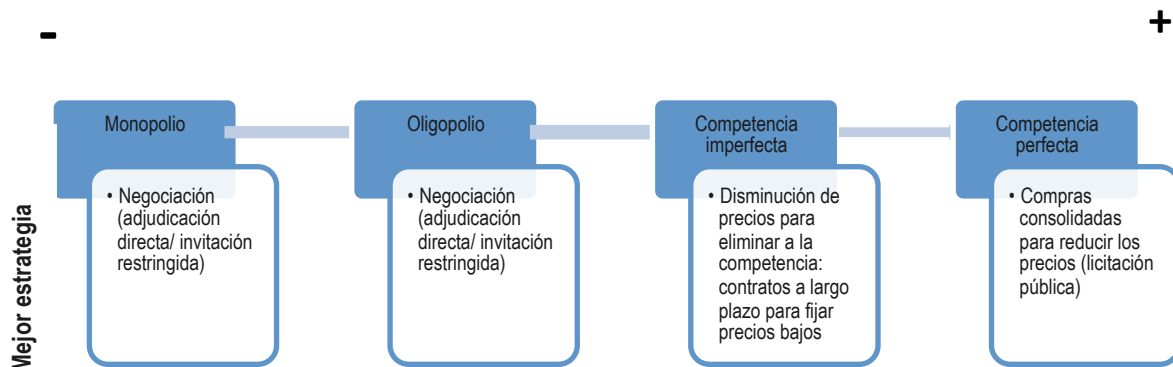
Anexo 4. Buenas prácticas para realizar investigaciones de mercado⁹⁴

El objetivo de las investigaciones de mercado es proporcionar al funcionario público información para llevar a cabo un proceso de compras eficiente que permita obtener el mayor valor por el dinero. Algunos de los contenidos con los que debe contar la investigación de mercado para cumplir este objetivo son:

1. La existencia de los bienes, arrendamientos o servicios y la identificación de los proveedores a nivel nacional o internacional
2. La identificación de bienes y servicios sustituibles
3. La identificación de procesos alternativos como renta en lugar de compra
4. Una estimación de qué tan competitivo es el mercado

Con respecto al último punto, saber si un mercado es más cercano a un monopolio o a la competencia perfecta es relevante para definir qué estrategia seguir, por ejemplo si es más adecuado negociar o promover una licitación pública o qué duración debería tener el contrato. En un mercado poco competido, donde los proveedores tienen poder de mercado, puede ser más conveniente que los funcionarios busquen obtener contratos negociados de largo plazo que reduzcan la posibilidad de obtener precios más elevados en el corto plazo. En contraste, en un mercado con alta competencia, los precios tienden a ser más estables porque ningún proveedor tiene la capacidad de cambiar el precio por sí solo. En este escenario la mejor opción es realizar un procedimiento abierto como la licitación pública. El siguiente diagrama muestra los cuatro tipos de mercado más comunes de acuerdo al nivel de competencia:

Figura 1. Estrategia de compra de acuerdo a los niveles de competencia en el mercado



Fuente: Rupert G. Rhodd (2009). Pricing Strategies and Cost Analysis in Public Procurement, en *International Handbook of Public Procurement*, ed. Khi V. Thai, p 690- 698.

Utilizando esta información se debe establecer:

1. El carácter de la licitación
2. El precio máximo de referencia

⁹⁴ El presente anexo forma parte de la LEY MODELO DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, Anexo VI. Investigación de mercado. La Ley Modelo fue elaborada por el IMCO y podrá consultarse a partir de septiembre de 2012 en www.imco.org.mx

3. Tipo de concurso
4. Método de evaluación

Algunos de los factores que deben tomar en cuenta las autoridades al momento de realizar investigaciones de mercado son:

- **Uso de fuentes de información confiable**

La principal característica que deben cumplir las investigaciones de mercado es que la fuente que utilicen sea verificable. De esta manera se garantiza que los precios y condiciones encontrados en la investigación estén realmente disponibles en el mercado y pueden ser obtenidos por la dependencia, entidad o unidad administrativa.

- **Confidencialidad**

Las dependencias, entidades o unidades administrativas deben cuidar que los participantes no tengan acceso a la información recopilada por medio de las investigaciones de mercado antes de que se lleve a cabo la presentación de ofertas. La divulgación de los datos contenidos en la investigación de mercado puede generar ventajas para unos participantes sobre otros e incrementar el riesgo de colusión, en ambos casos el resultado es una disminución en el nivel de competencia del concurso.

- **Transparencia del diálogo con el sector privado**

Es probable que las investigaciones de mercado involucren comunicación con los proveedores potenciales, por ejemplo al hacer encuestas entre los posibles proveedores o simplemente al solicitar cotizaciones. La transparencia y registro de estos encuentros o diálogos es fundamental para asegurarse de que no hay vínculos entre la autoridad y los participantes y para tener constancia de la información que brinda cada proveedor potencial.

- **Planeación**

Para que las investigaciones de mercado resulten útiles, es necesario que estén listas antes de que inicie el proceso de compra. Para lograrlo, es indispensable que la unidad requirente planeé con tiempo sus procedimientos de adquisición de tal forma que quede tiempo disponible para analizar y usar los resultados de las investigaciones de mercado. Se debe tomar en cuenta que la elaboración de estudios de mercados no es solamente un requisito, sino una fuente de información relevante para la toma de decisiones.

- **Diferenciación de investigaciones de mercado**

En todos los casos es deseable que se elabore una investigación de mercado pero no siempre se requiere la misma profundidad. Cuando se trata de un bien o servicio estandarizado y/o con amplia competencia en el mercado, la necesidad de investigar a profundidad será baja y la investigación de mercado requerirá pocas fuentes de información; en contraste, cuando la compra o contratación se refiera a un bien, servicio o arrendamiento con alto nivel de complejidad, será necesario realizar una investigación de mercado a profundidad para determinar las condiciones óptimas del diseño de la convocatoria.

2. Precio máximo de referencia / precio no aceptable

Uno de los objetivos esenciales de la investigación de mercado es recaudar información para determinar el precio máximo de referencia. Este término se refiere al precio máximo al que las autoridades estarían

dispuestas a contratar un bien o servicio. El objetivo principal de establecer un precio máximo de referencia es eliminar la posibilidad de que se otorgue un contrato a un costo por encima del precio de mercado. Igualmente, el precio máximo de referencia puede ser utilizado al momento de la evaluación, para determinar la cantidad de puntos que se le deben otorgar a cada propuesta dependiendo del descuento que éstas ofrezcan respecto al precio de referencia.

En un estudio realizado por la Consip⁹⁵ en 2006, de 8 países analizados (Bélgica, Austria, Francia, Reino Unido, Turquía, Irlanda, Dinamarca y Portugal), en cuatro de ellos se utiliza el precio de referencia. Para calcular el precio de referencia, Portugal utiliza exclusivamente los precios prevalecientes en el mercado, Austria emplea precios obtenidos en licitaciones anteriores, y Bélgica y Francia usan ambas referencias.

Como parte del estudio, se preguntó a funcionarios de estos cuatro países su opinión acerca del uso del precio promedio del mercado para fijar el precio máximo de referencia, todos los funcionarios coincidieron en que lo más conveniente es establecer el precio de referencia por debajo del precio promedio de mercado. El principal argumento fue que de esta forma se promueve e intensifica la competencia. Cabe señalar que por el tamaño de sus compras, las unidades centralizadas nacionales generalmente cuentan con un fuerte poder de compra, lo que puede permitirles obtener un precio inferior al del mercado.

La legislación de adquisiciones de Brasil también plantea el precio máximo de referencia y, aunque no especifica el método para calcularlo, sí establece que para determinarlo se utilizarán al menos tres precios recuperados de las cotizaciones. Igualmente, la normatividad de Chile contempla el uso del precio de referencia, pero tampoco especifica cómo se debe calcular. En este país el PMR se utiliza como base para determinar los puntos que obtienen las propuestas económicas en la evaluación.

En contraste, a nivel federal en México el precio de referencia cuando se aplica el criterio de evaluación binario se calcula al multiplicar el promedio de los precios encontrados en el mercado por 1.1, generando que el precio de referencia se encuentre por encima del precio de mercado. Si las ofertas están por encima de este precio, ninguna propuesta puede ser considerada como válida. Aun así, esta práctica va en contra del ahorro en las compras públicas, ya que permite que en ocasiones la unidad adjudicadora pague un sobreprecio respecto del precio de mercado.

Recomendaciones:

1. El precio de referencia debe ser igual o menor al precio de mercado.
2. En general, para evitar prácticas colusorias, el precio de referencia no se debe hacerse público .
3. Al menos se deben utilizar tres precios/cotizaciones para establecer el precio de referencia. Entre más cotizaciones se utilicen, es más probable acercarse al precio preponderante en el mercado.
4. Para su cálculo se deben utilizar tanto los precios prevalecientes en el mercado como los resultados de licitaciones previas. Este aspecto es especialmente relevante porque utilizar únicamente una de estas dos fuentes puede ser engañoso. Por un lado, usar sólo los precios históricos puede hacer que el funcionario responsable ignore cambios recientes en el mercado o puede ser que históricamente

⁹⁵ EU Public Procurement Learning Lab (2006). A brief report on the questionnaire Reserve Price. Research Unit, Consip (Unidad Centralizada de Compras de Italia). Obtenido de:
<http://www.eng.consip.it/online/en/Home/ResearchDevelopment/Projects/Eulab.htm>

se haya pagado un sobreprecio; por el otro, usar los precios derivados de cotizaciones actualizadas de forma aislada puede implicar dejar pasar un posible indicador de que el cálculo del precio de referencia no está siendo eficaz para hacerlo coincidir con el precio de mercado.

5. Para su cálculo, dependiendo del caso, se puede utilizar la mediana o la moda de todos los precios de venta encontrados en el estudio de mercado. El uso de la media no es adecuado porque si una de las cotizaciones indica un valor extremo (*outlier*), la media puede resultar extremadamente alta y no ser representativa del precio disponible en el mercado.
6. Con excepción de los precios históricos, los precios utilizados para el cálculo no deben ser de un período mayor a un año. En cuanto a los precios históricos, es recomendable observar la tendencia y darle mayor importancia a los últimos registros.
7. En los casos que por la magnitud de la compra y la naturaleza del mercado se considere conveniente, se podrá establecer un margen hacia abajo respecto del precio de mercado.
8. El precio de referencia se puede utilizar tanto para el método de puntos y porcentajes como para el método binario. En el caso de puntos y porcentajes, el puntaje se establece en relación al descuento respecto del precio de referencia. En caso de que el precio ofertado sea igual o mayor al precio de referencia, el puntaje será 0, y será decisión de la autoridad si se tomará en cuenta o no esta propuesta, de acuerdo al presupuesto disponible.

Focos rojos:

1. Si al recibir las cotizaciones o comparar precios la diferencia entre las cotizaciones es evidentemente alta, es necesario ampliar la investigación. Esto implica solicitar más cotizaciones o buscar en nuevas fuentes de información. Como mencionamos antes, un mayor número de cotizaciones o precios incrementa la certeza de que el precio de referencia obtenido es similar al del mercado.

2. Si los precios hallados por medio de cotizaciones no coinciden con los precios de compra obtenidos históricamente, entonces existe evidencia de que alguno de los dos está lejos del precio de mercado y de nuevo, es necesario extender la investigación. En este caso, además de solicitar más cotizaciones es recomendable buscar fuentes de información alternativas. Por ejemplo, los precios que han obtenido otras agencias del gobierno, estimaciones a nivel internacional o los precios de bienes o servicios similares o posibles sustitutos.