



Evaluación del Acuerdo de Trabajo IMSS-OCDE-CFC

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)¹

Diciembre de 2011

¹ Estudio elaborado por Jana Palacios (jana.palacios@imco.org.mx), Marcelina Valdés (marcelina.valdes@imco.org.mx) y Stephanie Zonszein (stephanie.zonszein@imco.org.mx)

Índice

I. Introducción	3
II. Proceso de compras del IMSS: Situación actual y planes a futuro	7
A. Qué y cuánto compra el IMSS	7
B. Cómo compra el IMSS	10
C. Proyectos de la administración para el periodo 2009-2012	13
D. Procesos de compra competidos: La adopción de los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión	16
III. Implementación de las recomendaciones de la OCDE (por fase del proceso de compras)	21
1. Cuadro básico de medicamentos del IMSS	21
2. Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales	24
3. Investigaciones de Mercado	26
4. Elaboración de bases y convocatorias	45
5. Adjudicación del contrato: Revisión de propuestas, fallo y posibles inconformidades	65
6. Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes	70
IV. Conclusiones	85
V. Anexos	91

I. 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.² Para lograrlo, anualmente invierte alrededor de 67 mil millones de pesos en la compra de bienes y en la contratación de servicios y obra pública.³ 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.⁴

Dado este contexto, la eficiencia en las compras que realiza el IMSS es fundamental por dos motivos. El primero es que tiene un impacto sobre la calidad de los servicios de salud y la capacidad para dar cobertura a todas las personas afiliadas al Instituto. El segundo es que las grandes cantidades de dinero involucradas hacen especialmente relevante obtener “el máximo valor por el dinero” y evitar el desperdicio de recursos públicos.

Como cualquier otro ente público, el IMSS enfrenta diversos obstáculos para comprar eficientemente. En el constante esfuerzo por satisfacer las necesidades de salud de cada paciente y por optimizar los recursos para atender a más de ellos, el IMSS tiene que lidiar con tres principales riesgos en sus procesos de compra: (1) la ineficiencia administrativa, (2) la falta de competencia y (3) la corrupción.

Este estudio incluye un análisis de las acciones que el IMSS ha realizado para evitar los tres riesgos, sin embargo, está enfocado principalmente al segundo de ellos. La competencia en el mercado de medicamentos es fundamental para el buen funcionamiento del sistema de compras porque fomenta la obtención de precios razonables y en consecuencia, que los recursos públicos sean suficientes para abastecer a un amplio número de personas. La falta de competencia normalmente se deriva de la coordinación entre posibles proveedores de medicamentos y bienes terapéuticos para incrementar y/o distribuir las ganancias de un contrato.

Según la experiencia de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la cartelización de los proveedores aumenta el costo de los bienes y servicios

² 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.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Censo Nacional de Población y vivienda 2010”. Consultado en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/PT.asp?s=est&c=27770&proy=cpv10_pt

³ Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Qué compró: 2011). Consultado en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod>

⁴ 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>

en aproximadamente 20%.⁵ Una investigación de la Comisión Federal de Competencia (CFC) sobre prácticas monopólicas absolutas por parte de los proveedores de medicinas del IMSS en 2006 arrojó cifras similares. Según este estudio, la adquisición de ciertos materiales terapéuticos se realizó a precios entre 12 y 36% por encima de los que se hubieran obtenido con competencia.⁶

Con el objetivo de hacer más eficientes las compras, el IMSS ha realizado una serie de reformas para favorecer la competencia durante sus procesos de adquisición y reducir la probabilidad de colusión. 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. Estos mecanismos han permitido ahorros sustanciales en ese periodo: de no haberse aplicado, el IMSS habría tenido que gastar más de 35 mil millones de pesos adicionales para cubrir los requerimientos de bienes terapéuticos entre 2007 y 2010.⁷

Como parte de estos esfuerzos, en enero de 2011 el IMSS firmó un memorándum de entendimiento con la CFC y la OCDE para adoptar los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión en las compras públicas durante 2011 y 2012. Las recomendaciones de la OCDE representan un mecanismo para reforzar, institucionalizar y complementar los proyectos que el IMSS ha venido instrumentando desde 2007. Una de las principales aportaciones del acuerdo IMSS-OCDE-CFC es que formaliza las acciones y proyectos del IMSS encaminados a fomentar un mejor ejercicio del gasto y, como consecuencia, favorece su continuidad durante las administraciones subsecuentes. Además, a nivel externo, la decisión del IMSS de adoptar las recomendaciones de la OCDE marca una pauta a seguir para otras instituciones y dependencias de gobierno.⁸

Para desarrollar este acuerdo, la OCDE se comprometió a:⁹

- a) Preparar un reporte analítico sobre la legislación, la regulación interna y las prácticas que rigen el proceso de compra del IMSS

⁵ Discurso de José Ángel Gurría Treviño, Secretario General de la OCDE durante la firma del “Acuerdo IMSS-CFC-OCDE contra la colusión” (13 de enero de 2011). Consultado en:

<http://www.cfc.gob.mx/images/stories/Noticias/Comunicados2011/discursोजoseangelgurriatrevino.pdf>

⁶ Resolución IO-003-2006 de la CFC, respecto a prácticas monopólicas en la venta de medicamentos licitados por el Sector Salud. Consultado en: <http://www.cfc.gob.mx/index.php/RESOLUCIONES-Y-OPINIONES/buscador-de-resoluciones-y-opiniones-de-la-cfc.html>

⁷ Informe de labores 2009-2010 y programa de actividades 2010 (IMSS). Consultado en: www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm

⁸ A raíz del Acuerdo entre IMSS-CFC-OCDE para combatir la colusión en las compras públicas, tanto la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) han firmado acuerdos similares con la OCDE.

⁹ OCDE, *Fighting bid rigging in public procurement in Mexico, an OECD Secretariat's report into the current legislation and practices governing IMSS' procurement*, 2011, 4.

- b) Generar recomendaciones para seguir mejorando la legislación, la regulación interna y las prácticas que rigen el proceso de compra del IMSS de acuerdo a los lineamientos de la OCDE
- c) Proveer capacitación a los funcionarios del IMSS sobre el diseño del proceso de compras para reducir el riesgo de colusión e identificar las prácticas de colusión.

Al igual que para cualquier proyecto, la evaluación del cumplimiento e impacto del Acuerdo 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),¹⁰ ha dado seguimiento a las acciones del IMSS encaminadas a implementar las recomendaciones de la OCDE para combatir la colusión. El estudio del IMCO consiste en un análisis cualitativo y cuantitativo del proceso de compras del IMSS con el objetivo de evaluar dos aspectos fundamentales. El primero es si el IMSS ha impulsado o no la instrumentación de las recomendaciones de la OCDE y el segundo es determinar cuál ha sido el impacto de los cambios realizados sobre la eficiencia de las compras del IMSS.

Este documento es el primero de dos reportes que IMCO realizará para dar seguimiento y evaluar el efecto de la implementación de las recomendaciones de la OCDE. Esta primera entrega contiene un análisis cualitativo de los procesos de licitación pública para la compra de medicamentos y materiales de curación del ciclo de compras 2012. En cambio, la segunda entrega consistirá en un examen cuantitativo del mismo. Los resultados de compra del ciclo 2012, que son el insumo necesario para el análisis cuantitativo, no están disponibles al momento de escribir este informe.

Aunque la colusión y la ineficiencia administrativa son problemas distintos, ambos tienen el mismo efecto sobre el proceso de compras del IMSS: evitan la obtención del máximo valor por los recursos públicos. Como resultado, aunque el enfoque prioritario de este estudio es analizar cuáles son las circunstancias riesgosas desde la perspectiva de la falta de competencia, la investigación necesariamente tocará puntos que están relacionados con las condiciones que pueden generar ineficiencia administrativa.

Los resultados plasmados en este documento están basados en la recolección de información por medio de entrevistas a los principales actores del Instituto y externos que participan en el proceso de compras (ver Anexo 1) y en la recopilación de datos relacionados a las adquisiciones del IMSS para los ciclos de compra 2009 - 2011.

Este reporte está dividido en tres secciones. La primera contiene una descripción de qué, cuánto y cómo compra el IMSS y cuáles son sus proyectos para mejorar el proceso de compras. La segunda

¹⁰ La CISS es un organismo que impulsa la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones de seguridad social ha financiado. El IMSS es uno de los miembros de esta organización.

sección consiste en un análisis de cada etapa del proceso de compra que incluye: el área responsable, descripción del procedimiento, mejoras recientes previas al acuerdo IMSS-OCDE-CFE, evaluación de la implementación de los lineamientos de la OCDE y recomendaciones puntuales del IMCO. Por último, la tercera parte del documento contiene las conclusiones derivadas del seguimiento del IMCO a la instrumentación de los lineamientos de la OCDE. En este último apartado se encuentra un análisis sobre los avances y rezagos del IMSS con respecto a la implementación de los lineamientos del acuerdo y un recuento de las recomendaciones del IMCO para hacer más eficiente el proceso de compra.

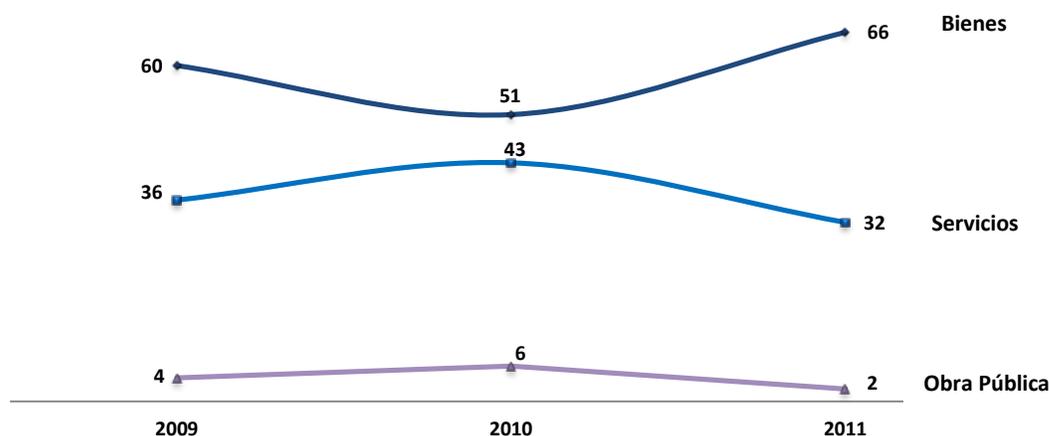
II. Proceso de compras del IMSS: Situación actual y planes a futuro

Esta sección del documento pretende explicar la lógica del memorándum de entendimiento IMSS-CFC-OCDE en el marco de mejoras recientes a la operación del IMSS. En primer lugar se describe qué compra el IMSS y cuánto gasta, y de forma muy general, cuáles son las principales etapas que conforman el ciclo de compra. Posteriormente se describen los planes que actualmente se están implementando en el IMSS para mejorar las finanzas del Instituto, siendo uno de los objetivos hacer más competidos los procesos de licitación. Por último, se presentan los lineamientos que ha propuesto la OCDE para que el IMSS compre eficientemente, es decir, al menor precio y con la mayor calidad posible.

A. Situación actual: Qué y cuánto compra el IMSS

Entre 2009 y 2011 el IMSS ha gastado en promedio alrededor de 60 mil millones de pesos al año en la compra de bienes y en la contratación de servicios y obra pública. Como se observa en la siguiente gráfica, la distribución de estos rubros ha variado en ese lapso. El principal cambio se registró en la compra de bienes que aumentó 6 puntos porcentuales de 2009 a 2011.

Gráfica 1. Distribución del gasto del IMSS por rubro (porcentajes 2009-2011)



Fuente: Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Qué compró: 2009, 2010 y 2011), consultado en <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod>

Las recomendaciones de la OCDE están enfocadas a la compra de bienes y servicios que se rigen bajo la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y no incluyen la contratación de obra pública que se maneja bajo la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. Por lo tanto, las contrataciones de obra pública quedan fuera del ámbito de este estudio. Por otra parte, como se observa en la tabla 1, los recursos destinados a la contratación de obra pública son bajos, en 2011, el IMSS ha destinado a este rubro únicamente 2%

de su gasto total. En cambio, 66% del gasto total se dedica a la compra de bienes y 31.9% a la contratación de servicios.

Cuadro 1. Distribución del gasto en bienes, servicios y obra pública (2011)

Rubro	Gasto en millones de pesos	Porcentaje del gasto en bienes, servicios y obras
Bienes	43,958	66.0
Bienes Terapéuticos*	40,202	60.2
Bienes No Terapéuticos	3,176	4.8
Equipo	456	0.7
Mobiliario	89	0.2
Otros	35	0.1
Servicios	21,332	31.9
Servicios Integrales*	5,588	8.4
Servicios Generales	4,982	7.4
Conservación	3,061	4.6
Comunicación Social	541	0.8
Oportunidades	51	0.1
Emergentes	8	0.0
Otros	7,099	10.6
Obras	1,493	2.1
Total:	66,783	100

Fuente: Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Qué compró: 2009, 2010 y 2011). Consultado en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod>

Nota: los porcentajes son con respecto al gasto total en la compra de bienes y contratación de servicios y obra pública.

*Rubros incluidos en el análisis

Para analizar la aplicación de las recomendaciones de la OCDE, el IMCO se ha centrado en los procesos de licitación pública de bienes terapéuticos y servicios integrales. Entre los bienes terapéuticos hemos excluido las vacunas y nos hemos enfocado en la adquisición de medicamentos y materiales de curación que en 2011 han generado un gasto de 38, 917 millones de pesos¹¹. Esta cifra es equivalente al 58% del gasto total en la compra de bienes, servicios y obra pública¹². Durante el mismo año, los recursos destinados a servicios integrales han sido de 5,588 millones de pesos, es decir, 8.4% del gasto total.¹³

¹¹ La razón por la que no hemos analizado la compra de vacunas es que el IMSS tiene poca injerencia en la toma de decisiones sobre qué vacunas comprar y en qué cantidad debido a que esas cuestiones obedecen al mandato de la Secretaría de Salud.

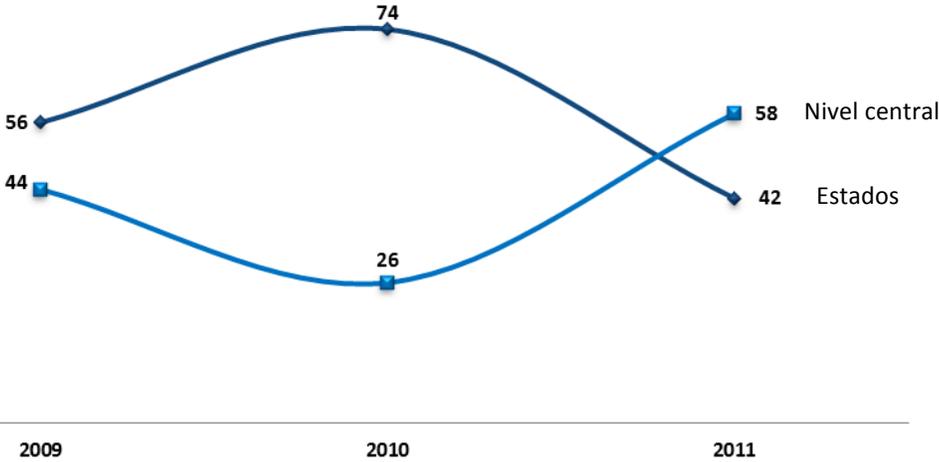
¹² Los bienes terapéuticos están divididos en tres rubros. El primero es el de medicamentos que incluye los siguientes grupos: medicinas (grupo 10), fórmulas lácteas (grupo 30) y estupefacientes y sustancias psicotrópicas (grupo 40); el segundo es material de curación que agrupa además del material de curación (grupo 60), material radiológico (grupo 70) y material de laboratorio (grupo 80); el último rubro es el de vacunas (grupo 20).

¹³ Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Qué compró: 2011). Consultado en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprotipoprod>

Para dar atención a los derechohabientes, el IMSS cuenta con 35 delegaciones estatales y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE's) a lo largo del país. Existe una delegación por cada entidad, excepto en el D.F., Estado de México y Veracruz donde hay dos. Hasta 2006 el proceso de compra del IMSS estaba descentralizado en las delegaciones y UMAE's. Cada área compradora realizaba sus propios procesos de adquisición de forma aislada. A partir del ciclo de compra 2008, el Instituto comenzó a centralizar las compras de bienes terapéuticos. En 2010, consolidó también las compras de bienes de inversión. El modelo de centralización del IMSS es híbrido pues aunque la negociación del contrato y su administración se hace a nivel central, las Delegaciones y UMAE's 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.

La centralización del gasto también incrementó de 2010 a 2011. Mientras que en 2010 los estados compraron de forma independiente el 74% de los bienes, servicios y obra pública, esta cifra fue de sólo 42% en 2011, es decir, 32 puntos porcentuales inferior. En sentido inverso, la proporción de las compras realizadas a nivel central incrementó de 26% a 58% (como en un espejo, el cambio es de 32 puntos).

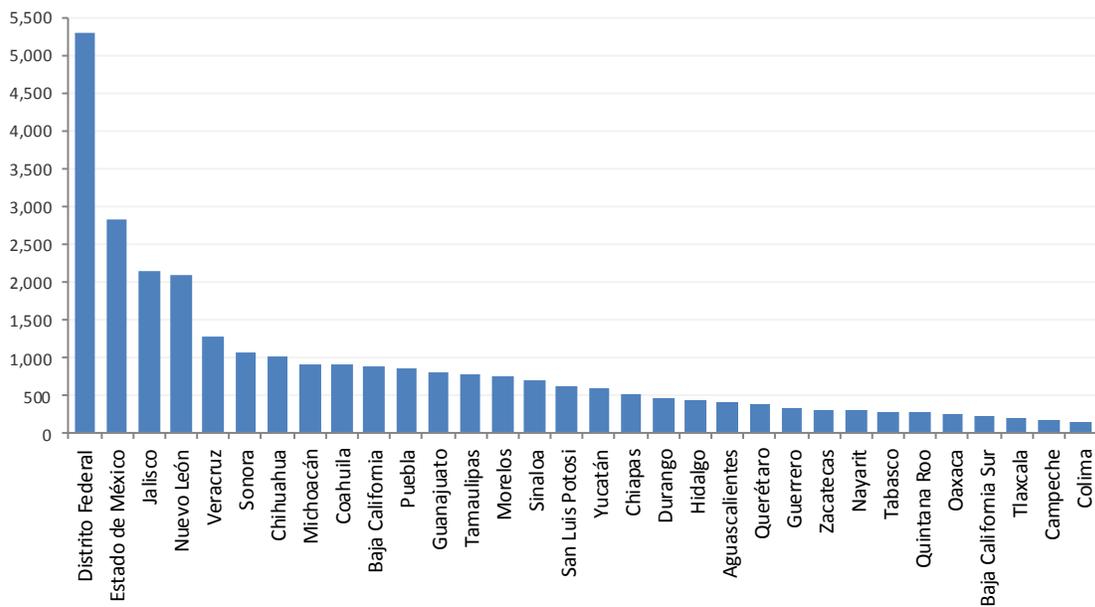
Gráfica 2. Distribución del gasto del IMSS nivel de compra (porcentajes 2009-2011)



Fuente: Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Quién compró: 2009, 2010 y 2011), consultado en <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscompropordel&pr=2011>

Por otra parte, el gasto ejercido por cada una de las entidades no es homogéneo. En 2011 los estados en conjunto gastaron más de 28 mil millones de pesos, pero como se observa en la siguiente gráfica, el gasto está concentrado en el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco y Nuevo León que juntos representan el 44% de los recursos ejercidos por las entidades federativas.

Gráfica 3. Gasto por entidad federativa en 2011 (cifras en millones de pesos)

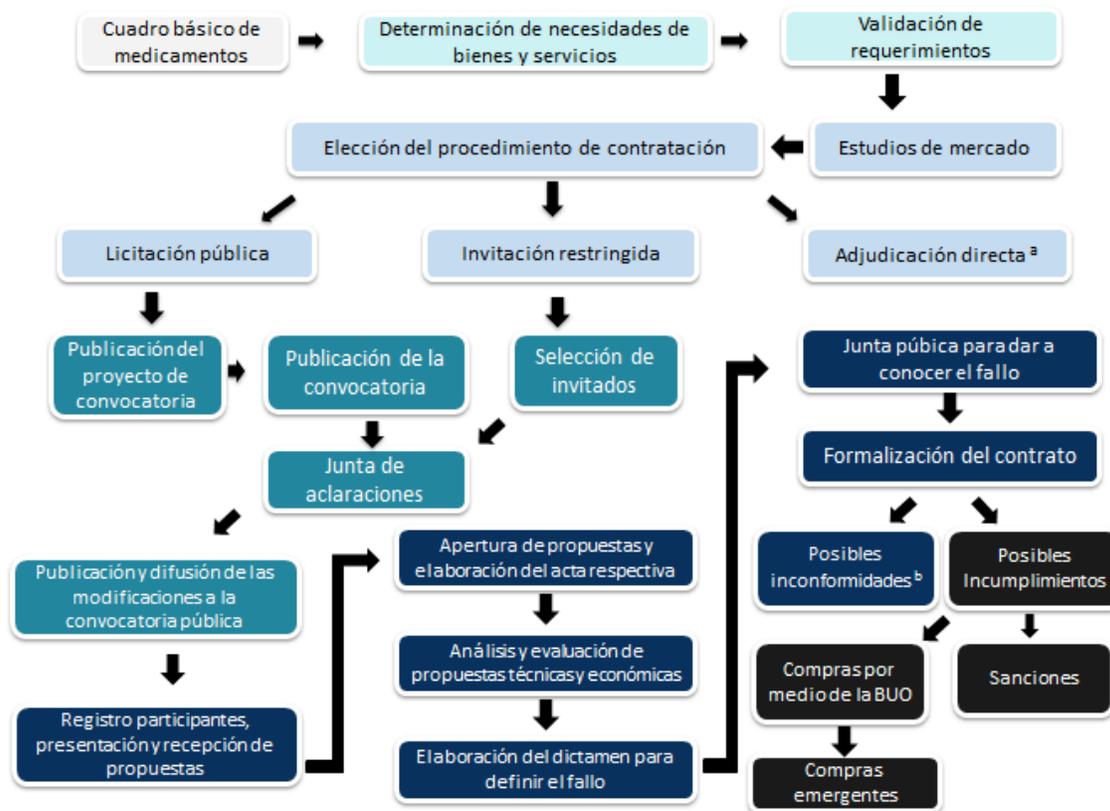


Fuente: Portal de Transparencia de Adquisiciones del IMSS (Quién compró: 2011). Consultado en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscompropordel&pr=2011>

B. Cómo compra el IMSS

El proceso de suministro del IMSS es complejo debido a que involucra a numerosos actores y recursos y está diseñado para satisfacer las necesidades de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAEs). El siguiente diagrama contiene cuáles son las principales etapas del proceso de compra del Instituto:

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)

a: En las adjudicaciones directas el IMSS asigna un contrato sin la necesidad de que haya un concurso de por medio.

b: Los participantes pueden presentar inconformidades ante el Órgano Interno de Control (OIC) respecto a cualquiera de los eventos de la licitación pública (convocatoria, junta de aclaraciones, presentación de ofertas o fallo). Sin embargo incluimos las inconformidades en la etapa de adjudicación del contrato porque el 70% de ellas corresponden al fallo.

Fuente: Elaboración propia

En primer lugar el Área Médica, con base en el Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS, subconjunto del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud (CBMSS), determina las necesidades de los bienes y servicios de cada una de las unidades médicas en función de las características de la población y las tendencias históricas. Estos requerimientos son enviados al área de “control de abasto” que tiene la obligación de validar estas peticiones (etapa 1 y 2).

Una vez validados los requerimientos, es necesario realizar 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). Con base en los resultados de la investigación de mercado se define el proceso que se llevará a cabo para adjudicar el contrato (licitación bajo concurso internacional o nacional, adjudicación directa o invitación restringida; y en caso de que se trate de una licitación, si será mediante el uso de las ofertas subsecuentes de descuento (OSD) o por precio máximo de referencia (PMR)). De acuerdo a las características del proceso de adjudicación, las claves de medicamentos se agrupan en “eventos” de licitación. Esto implica que en un mismo día y espacio se llevan a cabo diversos concursos.

El siguiente paso del proceso es la elaboración y publicación del proyecto de convocatoria en el portal del IMSS. Con base en ese proyecto, la proveeduría puede emitir comentarios que se toman en cuenta para publicar finalmente las bases y convocatorias (etapa 4). Las condiciones técnicas se derivan de las especificaciones que definen las áreas médicas. Una vez publicadas las convocatorias, se realiza una junta de aclaraciones en la que los proveedores presentan sus dudas y el personal del área requirente y de adquisiciones las resuelve.

Posteriormente se lleva a cabo la etapa de compra en la cual los participantes presentan sus propuestas técnicas y económicas (etapa 5). Las áreas usuarias y convocantes son las encargadas de revisarlas y de acuerdo con los resultados se publica el fallo. Cuando los participantes no están de acuerdo con el proceso de compra, tienen el derecho de presentar inconformidades ante el Órgano Interno de Control (OIC) en el IMSS. Si la inconformidad es fundada se puede anular el evento sobre el que se inconformaron (convocatoria, junta de aclaraciones, presentación de ofertas o fallo) y realizarse de nuevo. Ya que se ha emitido el fallo, se lleva a cabo la firma del contrato. Cabe la posibilidad de que el ganador se retracte y en ese caso se ofrece el contrato al participante con la segunda mejor oferta si cumple con las condiciones técnicas y económicas. En caso contrario, es necesario llevar a cabo una nueva licitación pública, un proceso de invitación restringida o de adjudicación directa.

Una vez firmado el contrato, es posible que el proveedor lo incumpla (etapa 6). En estos casos, se busca solventar las carencias con los bienes disponibles en otras delegaciones o con el segundo proveedor (en caso de que el contrato sea bajo la modalidad de abasto simultáneo). Si no es posible usar alguna de estas soluciones, las delegaciones están obligadas a comprar de nuevo.

También es común que las Unidades Médicas realicen compras “emergentes”. Este tipo de adquisiciones se realiza cuando en casos de emergencia las Unidades necesitan realizar una compra directa. Las Unidades cuentan con un presupuesto anual destinado a este tipo de compras que es entre 1 y 2% del gasto total en compras.

C. Proyectos de la administración del IMSS para el periodo 2009-2012

La Dirección General del IMSS (2009-2012) se planteó 60 iniciativas puntuales para mejorar la operación del Instituto, las cuales ha clasificado en 3 grandes pilares: (1) atención al derechohabiente, (2) fortalecimiento de la viabilidad financiera y (3) pasos hacia la universalización de los servicios de salud de acuerdo al mandato presidencial al respecto.¹⁴

En el segundo de estos pilares (fortalecimiento de la viabilidad financiera) están incluidos todos los proyectos para hacer más eficientes las compras del IMSS. Para alcanzar este objetivo la administración se ha concentrado en los siguientes aspectos:

a) Personal que interviene en las compras

Las iniciativas contenidas en este rubro se han enfocado en el desarrollo de las capacidades y desempeño de los funcionarios. En primer lugar se ha impulsado un programa de control de confianza del personal y en segundo, se ha tratado de evitar la rotación del personal de adquisiciones.

La Unidad de Personal ha desarrollado un sistema para medir la confiabilidad de los funcionarios que ocupan puestos clave en la administración del IMSS, este programa fue diseñado en noviembre de 2010 y se ha implementado desde marzo de 2011. La selección de estos cargos se hizo con base en el riesgo de corrupción que conllevan.¹⁵ El personal evaluado se conforma de directores generales, subdirectores y 62 puestos de mando medio. El sistema consiste en la aplicación de una serie de cuestionarios con preguntas enfocadas a detectar la propensión al robo, a la corrupción y a desviaciones de la ley. El estudio está dividido en dos: la primera parte es un análisis de la actitud actual del funcionario y la segunda se centra en definir su potencial a la corrupción en el futuro. En caso de que un funcionario obtenga una evaluación negativa se le reasigna un nuevo cargo con bajo nivel de riesgo a la corrupción. En estas circunstancias no corresponde liquidar al funcionario porque la evaluación sólo indica *probabilidades* de corrupción, no es prueba de que ha incurrido en actos de ese tipo.

En cuanto a la rotación del personal de adquisiciones, la Dirección General considera que es un problema. Generalmente los funcionarios de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios prefieren estar en otras áreas que conlleven menos responsabilidad, siempre y cuando conserven el mismo rango. En contraste con esta percepción, los funcionarios de la Unidad de Personal aseguraron en entrevista que el área de adquisiciones no se destaca por tener alta rotación y que la mayoría de los movimientos son internos, derivados de ascensos. Sea cual fuere la realidad, IMCO se ha percatado que el personal que ocupa puestos clave de la Unidad de Administración, específicamente los responsables de la compra de todos los insumos para la operación en términos médicos del Instituto, ha sido nombrado recientemente. Algunos ejemplos

¹⁴ La información contenida en esta sección proviene de una entrevista con José Luis Romo, Coordinador de asesores del IMSS (25 de agosto de 2011).

¹⁵ La información sobre este inciso (a) se ha complementado con la información recabada en una entrevista con funcionarios de la Unidad de Personal del IMSS (17 de agosto de 2011).

de contrataciones en puestos claves durante 2011 son: el titular de la Unidad de Administración (octubre), el titular de la Coordinación de Control de Abasto (enero), la titular de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios (mayo), el Coordinador Técnico de Contratos e Investigaciones de Mercado (septiembre), la titular de la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados (octubre). Hasta el cierre de este informe, para solucionar la rotación del personal de adquisiciones únicamente se ha planeado establecer un mecanismo de contacto permanente entre las Unidades de Personal y de Administración. Esto se llevará a cabo a través de reuniones de trabajo mensuales que permitan atender problemáticas de las áreas de compra, definir planes y programas de profesionalización y establecer estrategias de trabajo conjunto, a fin de tomar acciones de forma inmediata. La implementación de este plan se realizará del 2 de enero de 2012 al 31 de diciembre del mismo año.

b) Proceso de compras competido

Para fomentar la competencia y la obtención “del mayor valor por el dinero gastado”, el IMSS decidió firmar el acuerdo IMSS-OCDE-CFC. El propósito de seguir los lineamientos de la OCDE es adoptar las mejores prácticas internacionales en términos de compras públicas¹⁶. Además, la firma del acuerdo representa una herramienta para institucionalizar las recomendaciones de la OCDE. De esta forma, la adopción de las recomendaciones no será una acción temporal sino de largo plazo ya que las administraciones subsecuentes tendrán la responsabilidad de darles seguimiento. Sin embargo, el gran reto es convertir los lineamientos de la OCDE en normas, es decir, impulsar la reforma de la LAASSP para que incluya las modificaciones que la OCDE estima convenientes.

Por otro lado, en 2011 se creó un portal público de transparencia relacionado a los procesos de adquisiciones. La transparencia en las compras públicas puede favorecer la detección de actos de colusión. En ese sentido, se planea incluir en el portal la transmisión en vivo de los eventos públicos del proceso y un espacio para que los proveedores o personal del IMSS puedan denunciar cualquier irregularidad durante el proceso. Actualmente el portal contiene cifras sobre las compras del Instituto de 2009 a 2011. Esto incluye el gasto por rubro (bienes, servicios y obra pública), métodos de adquisición, compras centrales y delegacionales, información sobre los proveedores del IMSS y datos sobre los productos más comprados, entre otros.¹⁷ En conjunto, este portal resultará útil para interactuar con los ciudadanos y los proveedores y para dar a conocer información relevante sobre los procesos de compra.

c) Focalización en los requerimientos

Para mejorar la formulación de requerimientos, la administración ha determinado que es necesario fomentar una planeación definida del proceso de adquisiciones. Algunos de los mecanismos para lograrlo son evitar los cambios de última hora a los requerimientos y procurar enviar con tiempo la información sobre el proceso de compra a los testigos sociales

¹⁶ En el siguiente capítulo analizaremos en qué medida el IMSS ha implementado las recomendaciones de la OCDE.

¹⁷ Ver el Portal de Transparencia de adquisiciones del IMSS: <http://compras.imss.gob.mx>

(requerimientos, bases, convocatorias, investigaciones de mercado, entre otros documentos)¹⁸. Una de las acciones para lograr lo anterior es utilizar los portales electrónicos como un medio para transparentar los procesos de compra.

Por otra parte, una de las funciones del portal de transparencia del IMSS que mencionamos anteriormente es establecer una interlocución entre las entidades del IMSS: entre el nivel central y las delegaciones y entre delegaciones. Esta herramienta permitirá un mejor manejo de la información, incluyendo cifras históricas sobre los requerimientos, lo que favorecerá la eficiencia en los procesos de adquisición, especialmente en las delegaciones y unidades médicas.

d) Hacer eficiente la atención médica

Se han realizado diversos programas para hacer más eficientes los servicios de salud en relación al gasto destinado. Por ejemplo, se ha implementado el plan “sexto y séptimo día” por el que se da atención a los derechohabientes durante sábados y domingos para diagnosticar y dar seguimiento a los pacientes. También se ha puesto especial énfasis en reducir el rezago quirúrgico. Como se observa en la siguiente gráfica, en un año (de marzo de 2009 a marzo de 2010) el rezago disminuyó de 32,905 personas a sólo 8, 219. Actualmente (agosto de 2011) la cifra es de tan sólo 232 personas y ellas deben esperar máximo 6 semanas para ser intervenidos quirúrgicamente. Aunque estas acciones están encaminadas a mejorar la atención al derechohabiente (pilar 1), también tienen un efecto sobre el fortalecimiento de la viabilidad financiera (pilar 2) porque favorecen la eficiencia del gasto destinado a estos programas.

Gráfica 4. Disminución del número de personas en rezago quirúrgico (marzo de 2009 a julio de 2010)



¹⁸ Los testigos sociales son miembros de la sociedad civil (personas físicas o morales) que participan durante algunos procesos de adjudicación como observadores externos. De acuerdo con la LAASSP los testigos sociales deben participar en los procesos de compra cuyos contratos sean superiores a 5 millones de salarios mínimos en el D.F. (aproximadamente 299 millones de pesos) y en aquellos que la SFP elija con base en el impacto de la contratación en los programas y planes anuales de las entidades o dependencias.

D. Procesos de compra competidos en el IMSS: La adopción de los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión

Como ya se ha mencionado, mediante el acuerdo firmado entre el IMSS-OCDE-CFC, la OCDE se ha comprometido a realizar recomendaciones sobre dos aspectos de los procesos de adquisiciones de medicamentos, equipos médicos y demás insumos médicos del IMSS: la legislación y las prácticas de compra. A su vez, el IMSS se comprometió a adoptar e instrumentar, en la medida de lo posible, estos lineamientos a lo largo de 2011 y 2012. A continuación una breve descripción de los lineamientos que la OCDE ha elaborado para el IMSS:

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. Desde la perspectiva de la OCDE y la CFC algunos aspectos de la legislación de compra pública resultan particularmente perjudiciales en materia de competencia. Algunos ejemplos son:

- *Las empresas interesadas pueden presentar propuestas conjuntas sin autorización previa.* De acuerdo con la OCDE, las propuestas conjuntas sólo deben ser autorizadas cuando los interesados justifiquen el porqué de su oferta conjunta, esto se debe a que comúnmente este tipo de ofertas son un mecanismo que permite la colusión de los participantes.
- *Las convocantes pueden distribuir la partida ganadora entre dos o más proveedores siempre que la propuesta no exceda en 10% la propuesta más baja (abasto simultáneo).* Si desde un inicio los ofertantes saben que todos, o varios de ellos, pueden ser ganadores, tienen incentivos a ponerse de acuerdo para elevar los precios y así obtener un contrato más rentable.
- *Las convocantes pueden establecer precios mínimos de referencia por debajo de los cuales pueden desechar propuestas (precio conveniente),* cuando justamente uno de los objetivos de las licitaciones es obtener el precio más bajo posible.

Por estas razones, la OCDE ha recomendado 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 "MiPymes" 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.

Las reformas de la normatividad son complejas y conllevan más tiempo que las que tienen que ver con los procedimientos porque es necesario generar un acuerdo legislativo. El IMSS no tiene injerencia directa sobre ese proceso aunque puede ser un catalizador para promover modificaciones a la LAASSP. Por estas razones, en el análisis de la implementación del acuerdo del IMSS-OCDE-CFE nos hemos concentrado principalmente en examinar los lineamientos

relacionados con los procedimientos que, desde la perspectiva de la OCDE y la CFC, deben seguir los funcionarios encargados de las compras del IMSS.

Recomendaciones sobre los procedimientos:

A continuación presentamos un breve resumen de las 23 recomendaciones de la OCDE al IMSS. 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.
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 los 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 dudosas 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.

Una vez descrito por un lado, cuál es el proceso de compras del IMSS y por el otro, cuáles son los planes que actualmente se están implementando para mejorar este proceso, en el siguiente apartado se analiza la intersección entre estos dos aspectos. En otras palabras, examinaremos cómo se han instrumentado las recomendaciones de la OCDE en cada una de las etapas de la cadena de compra del Instituto.

III. Implementación de las recomendaciones de la OCDE

Esta sección consiste en evaluar el cumplimiento y el impacto cualitativo de las recomendaciones de la OCDE en los procesos de compra de bienes terapéuticos y servicios integrales en el IMSS. La estructura de esta sección es la siguiente:

Para cada una de las etapas más críticas del ciclo de compras (Ver Diagrama 1, p. 10) se describe brevemente el procedimiento y las acciones de mejora que se han implementado en el IMSS previo a las recomendaciones de la OCDE. Posteriormente se enuncian los lineamientos propuestos que corresponden a cada etapa y se hace una evaluación cualitativa del seguimiento del IMSS de estas propuestas. Finalmente, por etapa del proceso, IMCO desarrolla recomendaciones adicionales a las propuestas de la OCDE y/o señala en qué sentido podrían implementarse los lineamientos de la OCDE aún pendientes de instrumentación.

1. CONFORMACIÓN DEL CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS DEL IMSS

En México, la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud define qué medicamentos pueden proveer las instituciones públicas de salud. Por su parte, el IMSS establece un Cuadro Básico de Medicamentos que es un subconjunto del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud. El IMSS sólo puede prescribir los medicamentos que se encuentran en su Cuadro Básico.

1.1 Conformación Cuadro Básico IMSS: Área del IMSS responsable del proceso

División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud

1.2 Conformación Cuadro Básico IMSS: Descripción del proceso

El Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS es un subconjunto del Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud (CBMSS). La Comisión Interinstitucional del CBMSS analiza y decide la entrada y salida de medicamentos del CBMSS. La Comisión Interinstitucional tiene el objetivo de garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos para prevenir gastos en medicamentos inefectivos que pudieran repercutir en la salud de los pacientes y/o en el desperdicio de recursos de los entes de salud pública del país. Un actor fundamental en este proceso es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) quien otorga el registro sanitario de los medicamentos y realiza la certificación de la evaluación de insumos.

A su vez, el IMSS cuenta con un Comité Interno que determina si es pertinente incluir o excluir medicamentos del Cuadro Básico del Sector Salud del Cuadro Básico del IMSS con base en tres criterios: seguridad, eficacia y costo-beneficio.

Proceso de inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico del IMSS previo a mayo 2011:

El proceso de inclusión de medicamentos dura aproximadamente tres meses. 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 elabora un cuestionario dirigido a 10 expertos del área médica (definidos por su especialidad) para que acepten o rechacen su inclusión y den observaciones. Como último paso, la información recabada por el AECAT y los cuestionarios a expertos es canalizada al Comité de Cuadros Básicos quien determina si el medicamento en cuestión se incluiría o no en el Cuadro Básico del IMSS, debiendo justificar con evidencia su decisión. Los miembros de dicho Comité se eligen con base en su preparación y se cuida que no estén vinculados con la industria farmacéutica. Además, su nombramiento tiene vigencia de sólo un año. Vale la pena hacer notar que en este procedimiento, el Jefe de Área de Cuadro concentra amplio poder en la decisión para incluir o no un medicamento, ya que depende de esta sola persona si el proceso de inclusión continua o se desecha.

Proceso de exclusión:

Existen dos procedimientos de exclusión. El primero se genera 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). En el segundo procedimiento, el área médica y la Coordinación de Control Técnico de Insumos (COCTI) realizan un reporte de los medicamentos con efectos nocivos para la salud (lo envían a la Cofepris para su evaluación).

Cabe señalar que estos procedimientos de inclusión y exclusión únicamente regulan la utilización de los medicamentos. Para los servicios integrales no existe un Cuadro Básico que se apegue a normas que apliquen a todo el Sector Salud, sin embargo existe un “Catálogo de servicios integrales del IMSS” que se conforma con las necesidades del área médica a través del tiempo. Esto implica que los servicios integrales que adquiere la institución en un año dado pasan a ser parte del Catálogo.

1.3 Conformación Cuadro básico IMSS: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

A partir de mayo de 2011, el proceso de inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico del IMSS ha sufrido ligeros cambios. Además de seguir el procedimiento antes descrito, la División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud comenzó a realizar entrevistas a las empresas interesadas en que sus productos formen parte del Cuadro Básico del IMSS, para que ellas demuestren la seguridad, eficacia y costo-beneficio del medicamento a incluir en el Cuadro.

Una segunda modificación ha sido que, si el Comité de Cuadros Básicos lo considera procedente, la propuesta de inclusión se presenta ante tres Direcciones del IMSS: Finanzas, Administración y División Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud. Bajo este nuevo proceso se le ha dado especial importancia a las restricciones económicas, para ello se ha buscado promover la inclusión de medicamentos de bajo costo, en su mayoría genéricos, al Cuadro de medicamentos.

1.4 Conformación del Cuadro básico IMSS: Recomendaciones de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Ninguno de los lineamientos de la OCDE se puede aplicar en esta etapa; sin embargo consideramos que es relevante entender cuál es el proceso de inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico porque es un insumo (o restricción) fundamental al momento de conformar los requerimientos. Además, el tipo de medicamentos que se incluyan en el cuadro básico puede influir sobre el nivel de competencia en el proceso de adquisición.

1.5 Conformación Cuadro Básico IMSS: Recomendaciones del IMCO

En principio, lo que debe guiar la incorporación de un medicamento a estas listas es su beneficio terapéutico relativo al de otros medicamentos y tratamientos alternativos y sus precios, esto es, el costo-beneficio de los medicamentos. En este sentido, lo recomendable es que las autoridades médicas del sistema de salud pública del país estén en constante búsqueda de medicamentos que puedan sustituir a los que ya conforman el Cuadro Básico con el fin de incorporarlos si así conviene.

Un documento reciente titulado “Trabajando por la salud de la población: Propuestas de política para el sector farmacéutico” (2011) contiene varias acciones encaminadas a lograr el acceso efectivo y transparente de los medicamentos a estos cuadros.¹⁹ Destacan las siguientes:

- Fomentar una relación equilibrada entre los profesionales de la salud y la industria que utiliza estrategias promocionales como los viajes, patrocinio de conferencias y regalos para colocar sus productos (situación que podría suceder para las compras de medicamentos de patente, que representan el 7% del total de compras de medicamentos del IMSS).
- Promover la concurrencia de medicamentos genéricos y asegurar la introducción expedita de medicamentos innovadores al mercado mexicano.
- Institucionalizar, profesionalizar y transparentar el análisis y la evaluación técnica necesarios para que los productos entren y salgan de los cuadros.

¹⁹ Versión electrónica del documento disponible en:
http://www.funsalud.org.mx/eventos_2011/trabajando%20por%20la%20salud/index.html

2. REQUERIMIENTOS DE BIENES TERAPÉUTICOS O SERVICIOS INTEGRALES

Durante esta etapa del proceso de compras del IMSS, la Coordinación de Control de Abasto se encarga de juntar y validar los requerimientos que realizan las diferentes unidades médicas de las Delegaciones y UMAEs para llevar a cabo la compra consolidada de bienes terapéuticos y la compra de servicios integrales.

2.1 Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales: Actores responsables

Jefes de Prestaciones Médica, Jefes de Servicios Administrativos de las Delegaciones y UMAEs y Coordinación de Control de Abasto a nivel central.

2.2 Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales: Descripción del procedimiento

La demanda de bienes terapéuticos y servicios integrales en el IMSS se genera a través de la interacción de los siguientes cinco actores:

- 1) El paciente que origina la demanda al solicitar los servicios médicos.
- 2) El médico que actúa como agente del paciente porque decide qué medicamento prescribir.
- 3) Los Jefes de Prestaciones Médicas de las Delegaciones y UMAEs, quienes determinan las necesidades (o requerimientos) de los bienes y servicios de cada una de las unidades médicas en función de los promedios de consumo mensual (PCM) de medicamentos, de las características de la población (cuadro de enfermedades, natalidad y morbilidad, entre otras) y del Cuadro Básico de Medicamentos y el Catálogo de Servicios Integrales.
- 4) Los Jefes de Servicios Administrativos de las Delegaciones y UMAEs, quienes juntan y validan los requerimientos de necesidades que realizan los Jefes de Prestaciones Médicas con base en el presupuesto público que les asigna nivel central.
- 5) La Coordinación de Control de Abasto a nivel central que junta y valida los requerimientos que les entregan los Jefes de Servicios Administrativos de las Delegaciones y UMAEs para realizar la compra consolidada de bienes terapéuticos y las compras de servicios integrales.

La primera validación del requerimiento de necesidades que elaboran los Jefes de Prestaciones Médicas de las Delegaciones y UMAEs, se realiza a nivel central y consiste en administrar el requerimiento en el Sistema de Abasto Institucional (SAI)²⁰ y compararlo con la utilización de los bienes y servicios del año anterior. Si la diferencia entre el requerimiento y la utilización del año anterior es de +/- 15%, el requerimiento se revisa y se ajusta. Algunos otros métodos de revisión son:

²⁰ 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.

- Si la Coordinación de Control de Abasto encuentra que uno de los requerimientos se refiere a medicamentos de patente aun cuando existe un sustituto genérico, el requerimiento se modifica dando prioridad de compra al genérico.
- Para evitar confusiones en cuanto al volumen requerido de un mismo bien pero en diferente presentación, se compara el requerimiento de necesidades con el Catálogo de Presentación Anual.²¹
- Para cerciorarse de que el requerimiento no está sub o sobre contabilizado, como segunda validación, se compara el requerimiento de necesidades con el Listado Nominal de Pacientes.
- Como último paso se toma en cuenta el inventario sobrante del año anterior y un inventario de seguridad para cubrir las necesidades del año en curso.

Con base en la información recabada, la Coordinación de Control de Abasto integra el requerimiento con la siguiente fórmula:

$$\text{Compra}_t = \text{Requerimiento de necesidades}_t - \text{Inventario}_{t-1} + \text{Inventario de seguridad}_t$$

El requerimiento de bienes terapéuticos y de servicios integrales, además de contener las características generales y técnicas, presenta las condiciones de entrega de los bienes: para los bienes terapéuticos, el requerimiento se hace generalmente de forma consolidada; para los servicios integrales, se hace por Delegación. Una vez conformado el requerimiento, la Coordinación de Control de Abasto envía el requerimiento a la Coordinación de Investigación de Mercados.

2.3 Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

El proceso descrito anteriormente corresponde también al ciclo de compras 2012. Es decir, la Coordinación de Control de Abasto determina los requerimientos finales conociendo las necesidades del área médica pero ajustándolo a los inventarios del año anterior, entre otros mecanismos de control.

En contraste con 2011, 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. Además, mientras que antes de 2011 los requerimientos se ajustaban al presupuesto, a partir de 2012 esto dejó de hacerse. Actualmente la Coordinación de Control de Abasto y el área médica realizan la compra por la necesidad establecida originalmente, pero restringen la compra de los bienes y servicios de acuerdo al nivel de consumo en el año y al presupuesto disponible.

²¹ El Catálogo incluye todas las presentaciones de todos los bienes terapéuticos que se comprarán en el año, por ejemplo, únicamente incluye dos presentaciones de paracetamol en lugar de todas las que existen en el mercado.

2.4 Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales: Recomendaciones de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Ninguna de las recomendaciones de la OCDE se puede aplicar en esta etapa, sin embargo consideramos que la conformación de los requerimientos puede generar desperdicio de recursos si no se siguen los lineamientos que hoy aplica el Instituto porque:

- Al igual que en la etapa de formación del Cuadro Básico del IMSS, la interferencia de actores externos, como los representantes de los distribuidores farmacéuticos, afecta las decisiones sobre lo que se debe comprar o contratar y/o en qué proporción (este es el caso de los medicamentos de patente que conforman aproximadamente el 7% de la compra total de medicamentos del IMSS).
- Un requerimiento técnico mal especificado o diseñado para favorecer a un proveedor en particular, tiene efectos importantes sobre la competencia.
- Una evaluación inadecuada de necesidades conlleva a una mala planeación de las compras.

2.5 Requerimientos de bienes terapéuticos o servicios integrales: Recomendaciones del IMCO

Una percepción generalizada es que el IMSS no planea eficiente sus requerimientos. Además de dedicar suficiente tiempo a esta actividad, para lograr alinear los requerimientos de insumos médicos con las necesidades reales de atención de los pacientes del IMSS, una práctica deseable es que la unidad convocante (en este caso, el Área Médica) no sea el único ente del IMSS que unilateralmente fije los requisitos y especificaciones técnicas de los bienes o servicios a adquirir. La Coordinación de Control de Abasto podría tener una participación más proactiva, no sólo revisando el requerimiento contra el presupuesto disponible y unificando el requerimiento en cuanto a diferentes presentaciones de los medicamentos, como actualmente lo hace, sino también verificando que las especificaciones técnicas del requerimiento no limiten la participación (esta recomendación aplica principalmente para la compra de equipo médico que no es materia de la presente investigación). En el IMSS, contrario a lo que sucede en el sector privado, el área médica realiza el requerimiento de compra y después se lleva a cabo el estudio de mercado. Además, para evitar la discrecionalidad del personal de adquisiciones, las especificaciones técnicas del requerimiento no se pueden modificar.

Esta manera de operar limita las funciones de la Coordinación de Investigación de Mercados de “determinar la existencia de oferta de bienes y verificar la existencia de proveedores” ya que el requerimiento, que es sobre el que se realiza el estudio de mercado, ya viene fuertemente especificado técnicamente, en cantidad y en términos de presentación (con base en el Artículo 14, fracción I del Reglamento de la LAASSP). 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 2 a 1 perfectamente sustituible uno del otro.

Unos pasos atrás en el proceso de compras del IMSS, se encuentran las guías de práctica clínica, elaboradas por el Área Médica, que indican que una gripa debe tratarse con “Paracetamol de 100 mg”. Ello limita tanto el requerimiento de necesidades que realizan los jefes de prestaciones médicas, como el estudio de mercado que lleva a cabo el área correspondiente.

Una posible solución a esta limitante, es que para ciertas compras del IMSS, el Área Médica discutiera el requerimiento con la Coordinación de Control del Abasto. Esto después de haberse realizado una investigación de mercado profunda que analice qué insumos médicos son perfectamente sustituibles.

Por otra parte, con respecto a la comunicación con los proveedores, la Coordinación de Control de Abasto, nos comentó que en ocasiones tienen diálogos con representantes de la industria farmacéutica (Canifarma, por ejemplo) para intercambiar ideas sobre la lista de requerimientos preliminares que da a conocer el IMSS al inicio del ciclo de compras. Una de las “buenas prácticas internacionales” en términos de compras públicas, justamente es el diálogo transparente con el sector privado, especialmente para los contratos complejos (por ejemplo, que involucren problemas técnicos o dificultades en la estimación de los precios). La transparencia de estos encuentros o diálogos es fundamental como mecanismo de rendición de cuentas de los servidores públicos.²² En este sentido, la Coordinación de Control de Abasto tiene planeado levantar minutas de las reuniones con la proveeduría.

3. INVESTIGACIONES DE MERCADO²³

Las investigaciones de mercado sirven para determinar la estrategia de compra. Este tipo de análisis es clave para la toma de decisiones sobre la adquisición de bienes y servicios, y para el diseño de las bases y convocatorias.

3.1 Investigaciones de mercado: Área del IMSS responsable del proceso

Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados

3.2 Investigaciones de mercado: Descripción del proceso

La Coordinación de Control de Abasto muestra el requerimiento a la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios quien a su vez, solicita a la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados que realice una investigación de mercado con base en el

²² OECD, “Integrity in Public Procurement Good practice from A to Z”, OECD Publications (2007). Consultado en: <http://www.oecd.org/dataoecd/43/36/38588964.pdf>

²³ Para la elaboración de esta sección se utilizaron las siguientes fuentes: (a) Entrevista con personal de la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados del IMSS, (b) Entrevista con personal de la empresa de consultoría A.T. Kearney, (c) Entrevista con funcionarios de la Secretaría de la Función Pública, (d) Análisis de convocatorias.

requerimiento anual para la compra consolidada de bienes terapéuticos y para la compra de servicios integrales.

Según la última reforma de la LAASSP (mayo 2009) cualquier convocatoria debe contar y ser consistente con su respectivo estudio de mercado. Los elementos mínimos que debe determinar un estudio de mercado son: (1) si existe el bien o servicio en la cantidad necesaria; (2) si existen proveedores y en caso de que así sea, cuántos y quiénes son; (3) cuál es el precio de mercado del bien o servicio; y (4) el método de adjudicación (licitación nacional, internacional bajo tratados, internacional abierta) y la modalidad de la misma (sobre cerrado y mayor descuento sobre el Precio Máximo de Referencia (PMR) u oferta subsecuente de descuento (OSD)). Cabe señalar que las investigaciones de mercado únicamente sugieren el método que debería usarse pero la decisión final recae en el área requirente. En la práctica, hasta el ciclo de compras 2011, las investigaciones de mercado de bienes terapéuticos se apegaban a encontrar únicamente los elementos que exige la LAASSP.

En el IMSS, para el ciclo de compras 2011 y compras anteriores, las investigaciones de mercado de bienes terapéuticos se hacían de la siguiente manera²⁴:

(a) Oferta:

Para definir si existían proveedores de los bienes y servicios terapéuticos que el IMSS deseaba adquirir y para identificarlos, consultaban las siguientes cuatro fuentes: (1) Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), (2) Compras Institucionales consolidadas para 2010, (3) Registro Interno de Proveedores del IMSS, e (4) información del mercado privado a través de Internet, la sección amarilla o las expo-compras.

(b) Precio:

La normatividad de adquisiciones señala que se debe consultar al menos dos de las siguientes fuentes: (a) información contenida en CompraNet sobre compras en el pasado, (b) cotizaciones o (c) acercamiento con las asociaciones o cámaras empresariales. En específico, para determinar el costo unitario de los bienes terapéuticos durante el ciclo de compras 2011, no se consideró como fuente de información los precios de compra de otras entidades públicas. Esto se debió a que las condiciones de compra de éstas (volumen u origen de la compra) no se ajustaban a las características de la compra que originó la investigación de mercado.

En la práctica, el precio de la mediana de mercado se calculaba utilizando datos de precios históricos del IMSS, esto es, el precio de la compra del año anterior más la inflación proyectada para el año en curso, siempre que el cumplimiento del contrato haya sido igual o mayor al 85%, o bien, utilizando el precio máximo de referencia de la compra anterior más la inflación proyectada para el año en curso. El precio de la mediana de mercado también se calculaba con información de

²⁴ Más adelante describimos la forma en la que se elaboraron los estudios de mercado de servicios integrales del ciclo de compras 2011.

los precios de compra de otras entidades públicas de salud como el ISSSTE (extraída del portal de CompraNet o de otras fuentes de la web).

El precio de la mediana de mercado se utilizaba generalmente como Precio Máximo de Referencia (PMR). El PMR es la cota máxima a la que el IMSS está dispuesto a comprar los bienes y servicios. El PMR se hace público en las convocatorias y con base en él, los licitantes deben ofrecer porcentajes de descuento. El contrato se adjudica al proveedor que ofrece el mayor descuento sobre el PMR y en caso de que ningún participante ofrezca un descuento, la licitación se declara desierta. El cálculo del PMR se estableció en la reforma a la LAASSP en 2009 y comenzó a utilizarse para el ciclo de compras 2010.

Cabe señalar que antes del ciclo de compras 2012 no existía ningún lineamiento para el cálculo del PMR, éste se determinaba de forma discrecional. A pesar de que la regulación mexicana sobre adquisiciones no detalla cómo debe calcularse el PMR, en las convocatorias del ciclo de compras 2012, el IMSS señala de qué manera se calcularon.

(c) Carácter y modalidad de la licitación:

La licitación pública es un método de compra que consiste en una invitación abierta dirigida a todos aquellos con un posible interés en presentar ofertas. Las licitaciones pueden ser de carácter nacional o internacional. A su vez, las licitaciones de carácter internacional pueden estar bajo la cobertura de tratados, o bien, ser abiertas.

El carácter de la licitación se determina priorizando el mejor uso del monto disponible de la Reserva Permanente de Compras del Sector Público (4 millones de pesos para el ciclo de compras 2011 del IMSS), un fondo que se creó a partir de la entrada del TLCAN y que permite la exclusión de participantes internacionales. De acuerdo con las reglas para la aplicación de la reserva²⁵, los tratados de libre comercio que ha suscrito México contienen un capítulo sobre compras del sector público, los cuales establecen disposiciones que permiten al país exceptuar de la aplicación de los tratados de libre comercio parte de las compras que realiza el sector público²⁶.

Los criterios utilizados durante el ciclo de compras 2011 para asignar cada una de las claves a los eventos licitatorios fueron los siguientes:

(a) Claves en Licitación Nacional bajo la Reserva Permanente de Compras del Sector Público:

²⁵ Reglas para la aplicación de las reservas contenidas en los capítulos o títulos de compras del sector público de los tratados de libre comercio suscritos por los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Martes 28 de diciembre de 2010.

²⁶ De acuerdo con la regulación (artículos 26 de la LAASSP y 27 de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas), la Secretaría de Economía, mediante reglas de carácter general y tomando en cuenta la opinión de la Secretaría de la Función Pública, determina los criterios para la aplicación de las reservas, mecanismos de transición u otros supuestos establecidos en los tratados de libre comercio.

Para los bienes de origen nacional que cuentan con por lo menos tres posibles oferentes se usó el siguiente procedimiento:

Con las cantidades requeridas para el ejercicio 2011 y los precios máximos de referencia determinados, se obtuvieron los importes totales estimados de cada clave. Posteriormente, se sumaron los importes de las claves de menor a mayor hasta alcanzar el límite del monto por ejercer de la Reserva Permanente de Compras del Sector Público para medicamentos. De esta forma, sólo quedaron fuera de la reserva las claves con los importes más altos.

(b) Claves en Licitación Internacional Bajo la Cobertura de los Tratados:

Participan sólo licitantes mexicanos y extranjeros de los países con los que México tiene celebrados TLC para los bienes que:

- Sólo cuentan con fabricación nacional o sólo de países socios.
- De origen nacional y de socios con menos de 3 posibles oferentes nacionales.
- Con origen nacional que rebasaron el límite de la Reserva Permanente de Compras del Sector Público y que por lo establecido en los TLC, es obligatorio invitar a extranjeros.

En términos de su modalidad, las licitaciones pueden realizarse usando el Precio Máximo de Referencia (PMR) o las Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD). La modalidad más usada es la de PMR. Para llevar a cabo una OSD, además de contar con la aprobación de la SFP, se deben cumplir las siguientes condiciones: (1) la descripción y características técnicas de los bienes y servicios se pueden definir objetivamente (se trata de bienes homogéneos), (2) la evaluación legal y técnica de las proposiciones de los licitantes se puede realizar en forma inmediata (máximo en 24 horas)²⁷, (3) se deberá acreditar con la investigación de mercado que existe suficiente competencia entre los oferentes de los bienes y servicios a adquirir y, (4) que el volumen a contratar sea conveniente para obtener economías de escala²⁸. Cabe señalar que en las licitaciones públicas en las que participan de manera individual las micro, pequeñas y medianas empresas nacionales, no se puede aplicar la modalidad de ofertas subsecuentes de descuento²⁹.

- **Precio Máximo de Referencia (PMR):** Una vez determinada la cota máxima (o precio máximo de referencia) para cada una de las claves a licitar, éstas se publican en la Convocatoria para que todos los proveedores las conozcan. En el evento licitatorio los proveedores entregan un sobre cerrado con un porcentaje de descuento sobre este precio base. El contrato se adjudica al proveedor que ofrece el mayor descuento.
- **Ofertas Subsecuentes de Descuentos (OSD):** Se establecen precios máximos de referencia como cota superior al precio que ofrecen los proveedores en una subasta en reversa (OSD

²⁷ Artículo 28, fracción III de la LAASSP.

²⁸ Artículo 38 del Reglamento de la LAASSP.

²⁹ Artículo 28 de la LAASSP.

descendente)³⁰. Esta subasta se lleva a cabo en dos etapas. En la primera, los proveedores entregan en un sobre cerrado el precio de oferta y en la segunda se comienza la subasta con el precio más bajo ofrecido en la primera etapa y a partir de éste los participantes ofrecen descuentos. Si en la primera etapa todos los precios sobrepasan el máximo de referencia, entonces se comienza la subasta con dicha mediana.³¹

Considerando tanto el carácter como la modalidad de la licitación, la compra de bienes terapéuticos puede realizarse por una de las siguientes cuatro combinaciones:

Cuadro 2. Porcentaje de Licitaciones Públicas de medicamentos por carácter y modalidad (2011)

		Carácter (%)		Total
		Nacional	Internacional	
Modalidad (%)	PMR	21	59	80
	OSD	6	14	20
Total		27	73	100%

Fuente: IMCO con información del IMSS (501 claves de medicamentos, no se incluyen vacunas ni medicamentos de patente).

A diferencia de la investigación de mercado de bienes terapéuticos, las investigaciones de mercado de servicios integrales del ciclo de compras 2011 (elaborados en 2010), además de considerar la información en CompraNet y de los precios históricos del IMSS, incluyeron también cuestionarios a los proveedores. En ellos se preguntó por el volumen y el precio de oferta, la capacidad de brindar el servicio en puntos específicos, especificaciones técnicas requeridas por el Instituto y recomendaciones para facilitar el proceso de compras y abrirlo a la competencia (por ejemplo: se preguntó si existen proveedores y/o servicios con funcionalidad similar pero con otras tecnologías).³²

³⁰ Las OSDs en la práctica presentan algunas variantes. El subastador de CompraNet tiene diferentes parametrizaciones según la información que se le quiera mostrar a los proveedores durante el concurso. Por ejemplo, la visibilidad puede ser completa, en cuyo caso puede verse el precio más bajo, las posturas de los demás participantes y la posición del interesado en la subasta. Otra modalidad es la “ciega”, en donde sólo se muestra la postura del interesado.

³¹ A partir de septiembre de 2011, el portal de CompraNet contiene un sistema por el cual se pueden realizar OSDs ascendentes. El tipo de OSD y el precio de partida se notifican a los proveedores un minuto antes de comenzar la puja.

³² Para esta nueva modalidad de estudios de mercado se contrató a un consultor externo (A.T. Kearney).

En este ejercicio sólo algunos proveedores contestaron el cuestionario enviado por el IMSS. Por ejemplo, para la adquisición del servicio de Banco de Sangre 2011-2013, el cuestionario se lanzó vía correo electrónico a proveedores nacionales y únicamente 18% de ellos contestó.³³ A pesar de la baja tasa de respuesta, el IMSS identificó proveedores adicionales a los actuales. Hasta ese momento contaban con 4 proveedores pero a través de los cuestionarios se identificó a 7 proveedores alternativos en Delegaciones con alta densidad de derechohabientes.

3.3 Investigaciones de mercado: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

En términos de estructura administrativa, en enero de 2011 se creó un área específicamente para realizar investigaciones de mercado y se conformó para este propósito la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados. Esta Coordinación depende de la Coordinación de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios. Previo a dicho cambio organizacional, el área de investigaciones de mercado era parte de dicha Coordinación. Esto es, no había una separación entre el área que realizaba las investigaciones de mercado y el área que compraba los bienes y servicios.

En términos de mejores prácticas para la elaboración de las investigaciones de mercado, siguiendo la experiencia de levantar cuestionarios a los proveedores para integrar la investigación de mercado de servicios integrales, el IMSS decidió hacerlo también para la compra de bienes terapéuticos del ciclo de compras 2012.

Los criterios que se tomaron en cuenta para elegir a los proveedores a los que se les envió el cuestionario fueron los siguientes: (1) proveedor del IMSS en los últimos 2 años, (2) vigencia en el Padrón de Proveedores del IMSS (el Padrón es abierto y tiene vigencia bianual) y (3) información de CANACINTRA y CANIFARMA. De acuerdo el Lic. Marco Antonio López González, Jefe del Área de Investigación de Mercados y Bienes Terapéuticos (entrevista el 15 de julio de 2011), no enviaron cuestionarios a proveedores extranjeros para no arriesgarse a subvaluar o sobrevaluar el precio de la mediana de mercado. Sin embargo, uno de los proveedores del IMSS mencionó que en la investigación de mercado de bienes terapéuticos del actual ciclo de compra participó un proveedor de la India que no cumplía con los requisitos para proveer al IMSS³⁴. A pesar de ello, de acuerdo con el proveedor, sus precios fueron tomados en cuenta para el cálculo del precio de la mediana de mercado lo que redujo el valor de la mediana.

El cuestionario incluyó:

- Preguntas sobre las características de la empresa, entre estas, si había sido proveedor del IMSS;

³³ Se enviaron cuestionarios a 84 proveedores y contestaron 15, de los cuales sólo 13 lo hicieron de manera completa. De estos, 12 proveedores contaban con los equipos que cumplen con las especificaciones técnicas y que cuentan con Registro Sanitario.

³⁴ Entrevista a Orlando Aguirre Martínez, Gerente de ventas de Gobierno de PISA, 29 de noviembre de 2011.

- Se solicitó seleccionar las Delegaciones y UMAEs a las que podrían proveer de medicamentos y material de curación;
- Mostraba los requerimientos del IMSS y permitía introducir alternativas para las distintas claves en cuanto a fabricante, origen o clase propuesta;
- Pedía seleccionar las claves en las que se presentaría una oferta;
- Se preguntaba si el bien propuesto cumplía con las especificaciones solicitadas, el nombre del fabricante, país de origen, si contaba con registro sanitario vigente, el tipo o clase del bien a ofertar y si tenía la capacidad de entregar los bienes de acuerdo a los Términos y Condiciones y el precio unitario (sin IVA),
- Además indagaba sobre los factores que han provocado incumplimientos de contrato (con base en la experiencia de aquellos que han sido proveedores del IMSS).

Para el presente ciclo de compras (2012) una consultora externa³⁵ asesoró al IMSS para elegir, con base en la información de la investigación de mercado, el carácter y la modalidad de la licitación, así como el alcance de la consolidación de las compras y la regionalización propia de esta.

Cabe señalar que este tipo de investigaciones de mercado va más allá de lo que exige la LAASSP y por ello, al menos en teoría, permiten una planeación de la estrategia de compra más eficaz y eficiente. Un siguiente paso sería sistematizar la información que arrojan las investigaciones de mercado para poder explotarla y diseñar procesos de adquisición adecuados para cada uno de los rubros de compra. Más adelante profundizamos sobre esta medida.

3.4 Investigaciones de mercado: Recomendaciones de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Lineamiento 15: El IMSS deberá considerar realizar cambios para planear los procedimientos de adquisición de forma que haya suficiente tiempo para llevar a cabo estudios de mercado.

Lineamiento 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.

La Secretaría de la Función Pública (SFP) tiene un programa de acompañamiento preventivo para las contrataciones que realizan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF). Este programa brinda asesoría durante las etapas de planeación, programación, asignación de presupuesto, contratación y gasto, así como de ejecución (para el caso de obra pública). La asesoría se lleva a cabo a través de reuniones de trabajo en las que se exponen los proyectos de compra y sus problemáticas específicas. En el caso del IMSS, durante el proceso de compras de 2010, la SFP identificó que una práctica recurrente durante las mesas de acompañamiento era que los funcionarios de adquisiciones se presentaban a las asesorías sobre los proyectos de convocatoria sin la elaboración de sus respectivas investigaciones de mercado: “El área de abasto

³⁵ El consultor externo es Aklara.

del Instituto llegaba a las mesas de acompañamiento con un ante proyecto de licitación sin estudio de mercado previo, con la idea de elaborarlo como justificación a la convocatoria”.³⁶

En contraste, para este último ciclo de compras (2012), el IMSS realizó sus investigaciones de mercado recabando información de los precios históricos y a través de las respuestas recibidas en los cuestionarios a los oferentes³⁷ con fecha límite de entrega del 6 de septiembre, mientras que las Convocatorias se publicaron el 6 de octubre³⁸. Esto quiere decir que, al menos en papel, el área de investigaciones de mercado y los asesores externos contaron con un mes para analizar las respuestas de los proveedores y definir la estrategia de compra del ciclo 2012.

Hasta este momento el IMCO no ha tenido la oportunidad de ver físicamente las investigaciones de mercado del ciclo de compra 2012, por lo tanto, las fechas mencionadas son la única evidencia con la que contamos para afirmar que se realizaron investigaciones de mercado con antelación al proceso de compra. Cabe señalar que las investigaciones de mercado fueron realizadas y analizadas por una empresa de consultoría. La División de Investigación de Mercado también estuvo involucrada en el análisis de las respuestas de los oferentes³⁹. Posteriormente, previo al lanzamiento de la Convocatoria, la División de Bienes Terapéuticos planeó la estrategia de compra con base en el análisis arrojado por la investigación de mercado.

En palabras de los funcionarios del Instituto, al realizar el estudio de mercado con base en cuestionarios a los proveedores, en lugar de basarse únicamente en los precios históricos del IMSS y en información de las compras de otras instituciones públicas de salud, el Instituto ha encontrado e invitado a participar a proveedores adicionales a los que tenía en años pasados. Esta práctica refleja que hay una intención doble: mejorar la calidad de las investigaciones de mercado y ampliar la base de proveedores.

Si en realidad esta nueva manera de hacer investigaciones de mercado es efectiva o no, en términos de fomentar la competencia, dependerá del número de nuevos participantes que efectivamente concurrieron a las licitaciones. Para determinarlo es necesario realizar un análisis cuantitativo que podrá realizarse una vez que el IMCO tenga acceso a la información relevante del ciclo de compra analizado.

Realizar investigaciones de mercado a través de cuestionarios también implica un riesgo porque los proveedores pueden acordar los precios y fijar, mediante sus respuestas, el precio de la mediana de mercado a modo⁴⁰. Esto significa que la colusión entre los proveedores se puede

³⁶ Entrevista a Alejandro Luna, Director de Normatividad, Función Pública, octubre 2011.

³⁷ A los proveedores les dieron 10 días para responder el cuestionario.

³⁸ La fecha de publicación de las Convocatorias se constató en el portal de CompraNet.

³⁹ Información recabada en entrevista, el 3 de noviembre, con el Lic. Ramón Martín Ochoa Velarde, Coordinador Técnico de Contratos e Investigación de Mercados, con la Lic. Patricia Morales Sánchez, Titular de la División de Investigación de Mercado y con el Lic. Marco Antonio López González, Titular de la Subdivisión de Investigación de Mercados.

⁴⁰ Uno de los principales proveedores del IMSS comentó que para llenar el cuestionario ni siquiera es necesario acordar los precios con los competidores, cada proveedor conoce los precios de la industria y de

organizar desde que el IMSS levanta la investigación de mercado. Por otro lado, cambiar la forma en la que el IMSS realiza las investigaciones de mercado ha hecho al proceso de compras menos predecible para los proveedores, en particular, en lo que respecta al cálculo del precio máximo de referencia (cumpliendo también con el *Lineamiento 13* que recomendó la OCDE⁴¹).

El IMCO asistió a la junta de aclaraciones de la Licitación Pública Nacional 019GYR047-N52-2011 y como evidencia de que los proveedores ya estaban familiarizados con la forma en la que el IMSS realizaba sus investigaciones de mercado, un proveedor preguntó por qué el precio máximo de referencia publicado en la Convocatoria era menor al precio máximo de referencia del año pasado más la estimación de la inflación para el año en curso. Esta es la fórmula que utilizaba el IMSS en años pasados para fijar los precios de referencia en las investigaciones de mercado.

Para el ciclo de compras 2013, el IMSS planea realizar investigaciones de mercado que duren cinco semanas. La Unidad de Administración y Evaluación de Delegaciones a través de la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados se ha comprometido a estudiar si vale la pena solicitar información a compradores internacionales para la elaboración de las investigaciones de mercado.

Una tarea pendiente consiste en implementar investigaciones de mercado de calidad en los mercados regionales y locales. A nivel central, el IMSS identificó que una de las grandes áreas de oportunidad

es que las Delegaciones y UMAEs no cuentan con investigaciones de mercado que sirvan de base para contar con precios de referencia razonables a nivel local. Por ello, la Coordinación de Control de Abasto solicitó a la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios, capacitar al personal del IMSS para realizar las investigaciones de mercado de forma estandarizada. Esta es una iniciativa no ha podido concretarse.

Lineamiento 17: La información recopilada en los estudios de mercado no deberá ser entregada a los oferentes antes de la licitación.

Para las licitaciones con modalidad PMR, en las Convocatorias para el ciclo de compras 2012 el IMSS publicó el precio máximo de referencia. Por lo tanto, sí se revela información de las investigaciones de mercado previo a la licitación.

Existen investigaciones empíricas que muestran que hacer pública la información respecto a la valuación del comprador del bien o servicio a adquirir previo a la licitación pública, conduce a que los oferentes presenten propuestas más agresivas y en consecuencia a que las organizaciones

acuerdo a ello fija el precio de su oferta, agregándole el incremento por inflación. Esta información refuerza la idea de que el IMSS no debería de preguntarle el precio de compra a los proveedores. Entrevista a Orlando Aguirre Martínez, Gerente de ventas de Gobierno de PISA, 29 de noviembre de 2011.

⁴¹ *Lineamiento 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.*

compren a precios más bajos.⁴² En mercados competitivos, publicar la información puede intensificar la competencia entre los oferentes, haciendo del valor de los bienes o servicios más predecible. La información pública también puede reducir el valor relativo de la información privada de un oferente, reduciendo sus ganancias.

En este sentido, de acuerdo al Informe de Labores 2009-2010 del IMSS, publicar en la convocatoria los precios tope (PMR) de los bienes a adquirir y la implementación de las OSDs, generó al cierre de 2009 un ahorro conjunto de 1,673 millones de pesos en la compra de bienes terapéuticos.

Por otro lado, publicar el precio máximo de referencia equivale a establecer un punto focal para que los proveedores puedan ponerse de acuerdo y se coludan. Si no lo habían hecho desde la investigación de mercado, publicar este precio en la Convocatoria equivale a abrir una ventana a la posible colusión de los proveedores, más aún si se revela el PMR en convocatorias de bienes o servicios que no tienen mercados competitivos.

En la lógica del IMSS, publicar el precio de referencia ayuda a que las posturas no estén por arriba de éste y entonces el evento no se declare desierto. El Reglamento de la LAASP, artículo 58, define que un precio “no aceptable” es aquel que es superior al de referencia; en caso de que todas las ofertas caigan en esa definición, entonces la licitación se debe declarar desierta. Declarar desierta una licitación tiene dos inconvenientes: (1) si la licitación es internacional y se declara desierta, podría implicar la compra de bienes terapéuticos mediante procesos de adjudicación menos competidos (invitación restringida o adjudicación directa) ya que según la LAASSP una de las razones para no llevar a cabo una licitación es si ya se ha declarado desierta una licitación con anterioridad; y (2) podría retrasar la provisión de los bienes, lo cual presiona el suministro de los servicios que brinda Instituto.

Lineamiento 18: El IMSS deberá de monitorear regularmente y de forma proactiva el número de oferentes para cada categoría macro de gasto y revisar que el número no esté por debajo de los niveles aceptables.

Lineamiento 19: En relación al punto anterior, el IMSS deberá investigar de forma proactiva por qué los oferentes deciden no seguir ofreciendo y realizar las acciones adecuadas para eliminar obstáculos para su participación.

Una buena práctica consiste en que los jefes de prestaciones médicas, quienes definen las especificaciones técnicas de los bienes y servicios a adquirir, y la Coordinación de Control de Abasto, quien verifica los requisitos y especificaciones, no establezcan unilateralmente los requisitos y especificaciones técnicas del bien o servicio a adquirir, sino que antes de publicarlos en las convocatorias, tomen en cuenta las ideas de los licitantes potenciales (reflejadas en las

⁴² La investigación muestra que revelar información de la compra de obra pública hace que los precios caigan. Ver “*The impact of public information on bidding in highway procurement auctions*”. Dakshina G. De Silva et.al. European Economic Review 52 (2008) 150-181.

investigaciones de mercado) y/o de los usuarios finales, para la detección de posibles problemas técnicos y para la elaboración de las especificaciones finales.

En este sentido, el requerimiento 2012 fue publicado en el portal del IMSS para recibir comentarios de los potenciales licitantes. Esta práctica se repetirá para el requerimiento 2013. Además, de acuerdo con un par de entrevistas realizadas al personal de A.T. Kearney,⁴³ encargado de realizar las investigaciones de mercado de servicios integrales para el IMSS, los cuestionarios realizados a los proveedores sirvieron para entender por qué los proveedores no podrían cumplir con partes del contrato, y con base en ello, ajustar los requerimientos para propiciar la entrada de nuevos proveedores. En el caso de las investigaciones de mercado realizadas por esta empresa, éstas ayudaron a modificar los requerimientos de los servicios integrales de cirugía de mínima invasión, de osteosíntesis y endoprótesis para permitir la entrada de nuevos competidores.

Dada esta experiencia, en la investigación de mercado de la compra 2012 de bienes terapéuticos, el IMSS pidió a los proveedores que sugirieran alternativas para las distintas claves en cuanto a fabricante, origen o clase propuesta en caso de que las sugeridas por el Instituto representaran un obstáculo a la entrada de proveedores. También se preguntó por las razones de incumplimientos de contrato y se encontró que entre las posibles explicaciones están: que los precios de referencia del IMSS son muy bajos, los tiempos de pago muy largos y los tiempos de entrega muy cortos, y que la distribución de los bienes es complicada. Esta investigación se realizó con el ánimo de que el IMSS publicara una Convocatoria *ad hoc* para que la cantidad de participantes fuera la máxima posible de acuerdo a las condiciones de mercado.

Si en realidad esta nueva manera de hacer investigaciones de mercado tuvo efectos en abrir la posibilidad de participación de nuevos competidores, se verificará analizando si el número de participantes del ciclo 2012 es mayor al número de oferentes del ciclo anterior para una amplia muestra de medicamentos. De nueva cuenta, determinarlo implica un análisis cuantitativo que se realizará una vez concluido el ciclo de compras 2012.

A pesar de que el IMSS ha hecho un esfuerzo por investigar cuáles son los obstáculos que limitan la participación de los proveedores (lineamiento 19), aún no ha monitoreado el número el número de oferentes para cada categoría macro de gasto para revisar que el número no esté por debajo de los niveles aceptables (lineamiento 18). Sin embargo, el IMSS planea crear una división con personal especializado que se dedique a armar bases de datos con la información de los procesos de adquisición y a analizarlas.

Lineamiento 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.

⁴³ Entrevista a Ricardo Haneine el 18 de agosto de 2011

Lineamiento 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).

Desde que el IMSS comenzó a realizar investigaciones de mercado compara sus precios históricos con los precios de compra de otras instituciones públicas nacionales a través de CompraNet. A partir del ciclo de compras 2012, el IMSS complementa dicha información con los cuestionarios a los proveedores. Lo que no es práctica común en el IMSS es comparar sus precios con los de instituciones públicas internacionales.

Con respecto a la comparación de precios de compra del IMSS con los de otras instituciones de salud pública en México, la Secretaría de Salud (SS) realizó un estudio comparativo de los precios de medicamentos genéricos, al primer semestre de 2010, entre las instituciones de salud pública de México⁴⁴. Según esta investigación, los precios del IMSS resultaron inferiores a los precios promedio del sector en 84% de un total de 778 claves analizadas. En las claves restantes, los precios del IMSS fueron mayores a los del promedio.

Con respecto al comparativo internacional, según funcionarios del área de investigaciones de mercado, se ha decidido no incluir información de los proveedores internacionales que contestan el cuestionario porque consideran que ellos no participan en las licitaciones (ya que carecen de la infraestructura para la distribución) y que sus precios únicamente sesgarían el cálculo del precio de la mediana de mercado.⁴⁵ Además, el reglamento de la LAASSP limita el uso de precios internacionales ya que en el artículo 30 señala que “el análisis de la información obtenida en la investigación de mercado se efectuará considerando las mismas condiciones en cuanto a los plazos y lugares de entrega de los bienes o de la prestación de los servicios...”. Esta norma implica que los precios y condiciones de compra a nivel internacional no son considerados un insumo válido para las investigaciones de mercado.

Aunque la comparación internacional no es una práctica común, en 2010 el personal del Instituto comparó los precios de 64 claves (que equivalen al 54% de la cantidad total contratada y al 57% del importe total de adquisición) contra precios internacionales del sector privado en países como Estados Unidos, Canadá, España, Italia, Holanda, entre otros⁴⁶. Se encontró que en 53 claves, es decir en el 83% de los casos, los precios del IMSS son inferiores a las medianas de los precios internacionales. Un segundo ejercicio consistió en un comparativo de precios internacionales de compras gubernamentales en Panamá, El Salvador y Guatemala para 24 claves (que representan el

⁴⁴ El estudio no es público. IMCO tuvo acceso al oficio DGPLADES/DGAISS/07/1279/2010 que envió el Dr. Francisco J. Bañuelos Téllez, Director General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud. Dicho oficio señala los resultados del estudio.

⁴⁵ Entrevista con el Lic. Marco Antonio López González, Titular de la Subdivisión de Investigación de Mercados, 15 de julio.

⁴⁶ Este ejercicio no es público. IMCO tuvo acceso a la Nota Informativa No. 09 53 84 61/1480/2010, en la que se presenta dicho análisis.

25% de la cantidad total adquirida). Se encontró que en 17 claves (71% de la muestra) los precios del IMSS son inferiores que la mediana de precios de estos tres países y en 7 claves los precios son superiores.

En el IMCO, comparamos los precios de 50 medicamentos que compró el IMSS para el ciclo 2011 contra los precios internacionales de agencias gubernamentales para el mismo año. Realizamos un ejercicio similar al que realizó el IMSS, aunque con una muestra más grande de países compradores⁴⁷.

Para comparar los precios internacionales de los medicamentos, tomamos una muestra aleatoria de 50 medicamentos que representan el 5% del importe total de medicinas adquiridas por el IMSS en el ciclo de compras 2011. El precio internacional se obtuvo de la mediana de los precios de compra realizadas por agencias gubernamentales similares al IMSS.⁴⁸ El cálculo de estos precios internacionales incluye el costo de transporte y distribución. De los 50 medicamentos, el 74% se adquirió por la modalidad de PMR y el 26% por OSD; el 78% de los medicamentos se adquirieron a través de licitaciones internacionales bajo tratados y el 22% en licitaciones nacionales.

De los 50 medicamentos que conforman la muestra aleatoria, el IMSS compró 26 por arriba del precio internacional y 24 por debajo. El medicamento que presenta mayor diferencia por encima del precio internacional es la morfina en solución inyectable y se adquiere en un sobreprecio de 2040%. Cabe señalar que el sobreprecio que paga el IMSS en dicho medicamento podría ser causa de la estructura de mercado, ya que entre los oferentes de este medicamento, solo se presenta un licitante con un solo fabricante⁴⁹. El medicamento que presenta mayor diferencia por debajo del precio internacional es el Itraconazol en cápsulas que se adquiere 83% por debajo de la mediana

⁴⁷ Entre las entidades compradoras se encuentran: Barbados Drug Service (Barbados), Ministerio de Salud y Deportes del Bolivia (Bolivia), Bureau des Formations Médicales Agréées du Rwanda (Ruanda), Centrale d'achat des Médicaments Essentiels, Consommables et Equipements Médicaux du Rwanda (Ruanda), Centrale de Distribution des Médicaments Essentiels de Tshikapa, Democratic Republic of the Congo (Congo), Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica), Government of the National Capital Territory of Delhi, India (Delhi, India) PROMESE/CAL, Dominican Republic (República Dominicana), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (República de El Salvador), Pharmaceuticals Supply and Logistics Department, Ethiopia (Etiopía), Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (FEDECAME), Procurement Unit, Ministry of Health, Ghana (Ghana), Dirección Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (Guatemala), Honduras Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (Honduras), National Drug Service Organization (NDSO, Lesoto), Malawi Central Medical Store (Malawi), Medical Stores Department of Tanzania (MSD, Tanzania), Mission for Essential Medical Supplies (Tanzania), Namibia Ministry of Health and Social Services (Namibia), Ministerio de Salud de Nicaragua (Nicaragua), Organisation of Eastern Caribbean States Pharmaceutical Procurement Service (OECS, Estados del Caribe del Este), Ministerio de Salud del Perú (Perú), Pharmacie Nationale d'Approvisionnement du Senegal (Senegal), South Africa Department of Health (Sudáfrica), Khartoum State Ministry of Health Revolving Drug Fund (Sudan), Tamil Nadu Medical Services Corporation Ltd. (Madrás, India), Uganda National Medical Store (Uganda), Yemen Ministry of Public Health and Population, Drug Fund for Medical Supplies (Yemen).

⁴⁸ International Drug Price Indicator Guide. Management Sciences for Health (MSH) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

⁴⁹ El licitante es Distribuidora Internacional de Medicamentos y Equipo Médico, S.A. de C.V. y el fabricante es Laboratorios Pisa, S.A. de C.V.

internacional. Entre los oferentes de este medicamento se encuentran dos licitantes; uno representa a tres fabricantes y el otro a cuatro.

Cuadro 3. Cinco medicamentos con mayor exceso de gasto en comparación con los precios internacionales (entre la muestra de 50 medicamentos analizados)

Clave	Medicamento	Sobreprecio ¹	Cantidad adquirida 2011	Gasto por medicamento ²
010 000 5449	Anastrozol. Tabletas.	259%	50,322	\$46,711,752.04
010 000 0104	Paracetamol. Tabletas.	50%	112,194,744	\$34,697,875.84
010 000 0474	Hidrocortisona 100. Liofilizado.	237%	59,403	\$26,198,388.16
010 000 5323	Didanosina. Cápsula con gránulos	272%	30,304	\$24,052,788.03
040 000 3302	Imipramina 25. Grageas o tabletas	84%	2,778,590	\$9,795,017.61

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS

¹ Diferencia porcentual entre el precio del IMSS y de compradores internacionales.

² Diferencia entre el precio del IMSS y de compradores internacionales por la cantidad del medicamento adquirida por el IMSS en 2011.

En promedio, cuando las compras del IMSS superan el precio internacional, el precio de compra ha estado 230% por encima del internacional. En promedio, las compras que se realizan por debajo del precio internacional han estado 44% por debajo. En general, el IMSS compra con un sobreprecio del 99%. Sin embargo, si tomamos en cuenta el volumen de compra ponderado por el sub o sobreprecio pagado por el IMSS, en total de los 50 medicamentos analizados, el Instituto ahorra un 39% comparado con adquirir las medicinas a precios internacionales. Esto representa un ahorro de 693 millones de pesos, que equivale al 63% del importe total de las medicinas en la muestra analizada.

En resumen, aunque la Secretaría de Salud y el IMSS han realizado el ejercicio de comparar precios contra los de otros compradores a nivel nacional, con compras gubernamentales de países latinoamericanos y con los de oferentes a nivel internacional, el Instituto no lo hace como una práctica cotidiana tal como lo sugiere la OCDE en sus lineamientos. A pesar de que proveedores internacionales no se presentan a la licitación, el IMSS podría revisar los precios internacionales de los medicamentos y las presentaciones que suelen comprar otros organismos públicos similares al IMSS fuera de México. Esto permitiría tener una aproximación del margen entre el costo real y el precio que ofrecen los proveedores nacionales. Así el IMSS puede darse una idea de la diferencia en precio que paga en algunos medicamentos con respecto a otros compradores internacionales.

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

Incrementar el profesionalismo de los funcionarios que compran es un elemento clave para la correcta aplicación de las leyes de compras públicas y para la detección de prácticas de corrupción y colusión entre los competidores. Una de las recomendaciones de la OCDE es llevar a cabo actividades de sensibilización y capacitación para reforzar el profesionalismo del personal de adquisiciones, en particular, en el tema de colusión.

En este sentido, en mayo de 2011 la OCDE, en colaboración con la CFC, impartió un curso de capacitación intensivo a 200 funcionarios del IMSS relacionados con el proceso de compras. El curso se enfocó en el diseño del proceso de compras para reducir el riesgo de colusión e identificar las prácticas de colusión en caso de que ocurran. La capacitación incluyó una descripción sobre qué es la colusión, cuáles son las sanciones de acuerdo a la Ley y ejemplos sobre casos en que la CFC ha detectado colusión en el sector farmacéutico en México. Además, expertos internacionales presentaron ejemplos de colusión en Canadá, Estados Unidos e Irlanda, entre otros.

Poco después del curso, los participantes respondieron un cuestionario por correo electrónico que consistía en preguntas de opción múltiple sobre el contenido de la capacitación. Los resultados indicaron que los funcionarios entendieron los conceptos analizados y que están familiarizados con los lineamientos de la OCDE para combatir la colusión en las compras públicas⁵⁰. Sin embargo, llama la atención que los funcionarios de la Subdivisión de Investigación de Mercados, quienes realizan las investigaciones de mercado, no fueron invitados, ni estaban enterados del seminario de capacitación de la OCDE y la CFC⁵¹.

Un segundo proceso de capacitación al que han estado recientemente expuestos los funcionarios de compras del IMSS es sobre el uso del sistema de CompraNet. Según la legislación mexicana, a partir de junio de 2011 se establecieron nuevas disposiciones para el uso de una versión más reciente de CompraNet (5.0, en lugar de 3.0). La capacitación consistió en una certificación en línea de los funcionarios encargados de las compras gubernamentales. De los 424 servidores públicos del IMSS con acceso al curso de certificación de habilidades de CompraNet, sólo 274 han aprobado en examen. Cabe señalar que en el IMSS hay 107 Unidades Compradoras, de las cuales 105 se han dado de alta en CompraNet⁵².

Para que cualquier capacitación sea eficiente es indispensable que los funcionarios entiendan el propósito y la importancia de sus atribuciones en el buen funcionamiento del IMSS. En particular, es relevante que el personal sepa que el IMSS está intentando empatar las necesidades de corto

⁵⁰ Información proporcionada por Fiorenzo Bovenzi, Economista Senior de la División de Competencia de la OCDE, 5 de julio de 2011.

⁵¹ Entrevista con el Lic. Marco Antonio López González, Titular de la Subdivisión de Investigación de Mercados, 15 de julio de 2011.

⁵² Información proporcionada por la Unidad de Contrataciones Electrónicas de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

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 es decir, adquirir bienes y servicios de alta calidad haciendo uso eficiente de los recursos y promover el desarrollo de nuevos proveedores–. De las entrevistas se recoge una percepción (recurrente) tanto de los entrevistados internos como en los externos al Instituto, de que los funcionarios del área de adquisiciones del IMSS “el ochenta por ciento del tiempo están preocupados porque no les finquen responsabilidades”⁵³. En otras palabras, están ocupados en cumplir al pie de la letra con lo que dicta la ley, sin que necesariamente hayan entendido la importancia de sus funciones en una actividad estratégica para el Instituto.

3.5 Investigaciones de mercado: Recomendaciones del IMCO

La LAASSP obliga a que se realicen investigaciones de mercado para conocer si existe el bien o servicio a adquirir, el precio del mismo y si hay proveeduría. Además del uso que actualmente se le da a las investigaciones de mercado en el IMSS, la información que de éstos se deriva podría ser útil para desarrollar planes estratégicos de compra. Además, debido a que los ahorros por la consolidación han decrecido en el tiempo, es necesario buscar una alternativa para generar ahorros y ésta puede ser la “inteligencia de mercado”.

En 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. Incluso las prácticas de controles de precios en hospitales del sector privado están en línea con esta recomendación. En este sector no hacen investigaciones de mercado para la mayoría de los medicamentos que adquieren pues la industria farmacéutica es “un negocio chico y muy cerrado”. En cambio, realizan un análisis de inflación, que consiste en indexar a una canasta de medicamentos comprados el año anterior, la inflación respectiva de medicamentos ($P_o + INPC_{\text{medicamentos}}$). De esta manera, pueden comparar si en el año en curso compraron en promedio, más caro o más barato que el resultado de dicho cálculo.

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.

Un segundo uso de la “inteligencia de mercado” puede ser definir el método de compra más conveniente. El objetivo del sistema de adquisiciones debe ser comprar al menor precio, con la mayor calidad y con el menor incumplimiento del contrato. La licitación pública no es necesariamente la mejor elección en todos los casos:

⁵³ Entrevista con el Lic. Alfonso Rodríguez Manzanedo, Titular de la Coordinación de Control de Abasto, 24 agosto. Coincide con la percepción del Dr. Eduardo Bojórquez, Director General de Transparencia Mexicana, entrevistado el 3 de agosto.

Caso 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. Un ejemplo es una amplia proporción de los medicamentos genéricos y genéricos intercambiables.⁵⁴ En esta categoría de medicamentos existe la posibilidad de que haya varios oferentes porque se trata de productos altamente homogéneos, que por ley pueden ser producidos por todas las empresas farmacéuticas.

De acuerdo con las *Recomendaciones para promover un marco regulatorio más favorable a la competencia en el mercado farmacéutico* de la CFC y la OCDE, si bien en esta clase de medicamentos puede abrirse la competencia en el mercado (de acuerdo a las características antes mencionadas), también se puede fomentar que los competidores establezcan acuerdos con el fin de elevar los precios o distribuirse mercados, en detrimento de las instituciones públicas que los adquieren⁵⁵. En estos casos la estrategia debe ser “maximizar el acceso a lo que hay”, es decir, comprar a través de una licitación pública cuidando que los posibles proveedores no se coludan y que el diseño de las bases y convocatorias no represente un medio para excluir artificialmente a algunos competidores.

Caso 2: Cuando hay pocos proveedores pero el ente público adquiere una proporción importante de las compras totales en el mercado. En este caso, es mejor llevar a cabo un proceso negociado en lugar de una licitación pública. Un ejemplo es la compra de medicamentos de patente que se hace por negociación directa. En febrero de 2008 se creó la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud para negociar de manera anual el costo de los medicamentos de patente vigentes incluidos en el Cuadro Básico del Sector Salud.

El precio negociado por la Comisión es de observancia obligatoria en los procesos de compra de las dependencias y entidades públicas federales, incluido el IMSS. En la mayoría de los casos, los medicamentos de patente podrían enfrentar la competencia de posibles sustitutos terapéuticos. Esto quiere decir que pueden existir en el mercado otros medicamentos con fórmulas distintas cuyo efecto terapéutico es similar.^{56,57} La Comisión puede negociar los precios y condiciones con el

⁵⁴ Cabe señalar que no todos los medicamentos de esta clase cuentan con varios competidores. Entre una muestra de 727 medicamentos “GE” y “GI” requeridos en el ciclo de compras 2011, el 61% contó con un solo oferente y el 39% restante con más de un oferente (para facilitar este análisis únicamente tomamos en cuenta las claves requeridas en la región 1).

⁵⁵ *Recomendaciones para promover un marco regulatorio más favorable a la competencia en el mercado farmacéutico*, CFC-OCDE, agosto de 2009.

⁵⁶ En la determinación de los niveles de competencia en la industria farmacéutica, los mercados relevantes se definen con base en el conjunto de medicinas que pueden ser sustitutos en el tratamiento de una condición en particular. El conjunto de medicamentos que sirven para tratar cierta condición se denomina clase terapéutica y pueden incluir tanto genéricos como patentes.

⁵⁷ 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).

sector salud en México, utilizando la capacidad de adquirir un medicamento sustituto como una amenaza creíble.

Caso 3: 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) a través del diseño de los eventos fomentar la entrada de nuevos competidores. Por ejemplo, si el IMSS ofrece un contrato multianual que le asegure la demanda a un proveedor, uno nuevo podría tener incentivos a entrar a un nuevo mercado.

Para diseñar las adquisiciones tomando en cuenta los casos antes mencionados, se requiere segmentar las compras de medicamentos y material de curación en familias de gasto. De esta manera, se podrían realizar investigaciones de mercado de aquellas familias que son estratégicas para las compras del IMSS (de acuerdo a su importe y a las características del mercado de cada una de las familias). 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.

Existen dos principales obstáculos para implementar estas recomendaciones. El primero es que actualmente el IMSS no cuenta con un sistema que consolide la información sobre las compras para analizarla. Sin este sistema resulta muy complicado detectar en cuál de los tres casos mencionados se encuentra cada medicamento para poder implementar la estrategia más conveniente. En la medida en que se concentre información relevante de cada proceso de compra, será más sencillo manejar los datos para identificar las características del mercado de cada bien y actuar en función de esa información. El segundo obstáculo es que la División de Investigación de Mercado aún no cuenta con suficiente autonomía. Para que esta área realice “inteligencia de mercado”, es decir, para que en efecto pueda convertirse en un área estratégica para las compras más relevantes del Instituto, será necesario seguir trabajando en su independencia. A pesar de que en febrero de 2010 el área ganó autonomía, continúa limitada por tres actores: 1) el área médica que elabora los requerimientos específicos de compra (basados en las guías de práctica médica); 2) el área de compras quien adquiere los bienes y servicios; y 3) los órganos que realizan auditorías como el Órgano Interno de Control (OIC) y la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Como mencionamos anteriormente en este documento, la División de Investigación de Mercado está limitada por el área médica que elabora el requerimiento de compra porque ella indica el bien específico a investigar. Explicamos que el área médica realiza el requerimiento técnico con perfecta especificidad y el área de investigación de mercado se limita a encontrar proveedores para las claves que le indican.

En segundo lugar, su injerencia es limitada porque la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios es quien determina el carácter y la modalidad de la licitación, así como el

precio máximo de referencia. La LAASSP no obliga al área compradora a utilizar el precio que surge de la investigación de mercado, únicamente señala que el precio y la estrategia de la adquisición se deberán definir con el estudio de mercado.

Por último, la labor estratégica del área de investigaciones de mercado está limitada por los órganos que realizan las auditorías. Si en la investigación de mercado se toman criterios diferenciados por mercados, por ejemplo, si se levantan cuestionarios a unos proveedores y a otros no, la probabilidad de que el OIC y la SFP cuestionen la labor del área de investigaciones de mercado es alta. De acuerdo al Lic. Marco Antonio López González, Titular de la Subdivisión de Investigación de Mercados⁵⁸, les da miedo “ser estratégicos” (tomar criterios diferenciados por clave) porque los auditores sancionan las acciones aisladas porque de acuerdo a la Ley se deben seguir reglas generales.

4. ELABORACIÓN DE BASES Y CONVOCATORIAS⁵⁹

Al igual que cualquier compra de bienes o servicios del gobierno federal, la adquisición de bienes y servicios del IMSS se rige por la LAASSP. Bajo este ordenamiento, el mecanismo de licitación pública es la regla general de adquisición. El IMSS llama a una licitación mediante una Convocatoria que se integra en función de los resultados de la investigación de mercado y es un reflejo de la estrategia de compra del Instituto.

4.1 Bases y convocatorias: Actores del IMSS involucrados:

La Dirección Jurídica redacta las convocatorias y la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios llena la información específica en torno a la modalidad (PMR u OSD), el carácter (nacional o internacional), las cantidades mínimas y máximas a adquirir y los términos y condiciones de la compra.

4.2 Bases y convocatorias: Descripción breve del procedimiento

Terminada la investigación de mercado, se definen el número de eventos licitatorios y se realiza una Convocatoria por cada uno de los eventos. En cada evento se licitan varias partidas. Generalmente una clave (o un medicamento o material de curación) representa una partida. Finalmente se elabora un contrato por cada una de las partidas.

Los eventos se definen en función del carácter de la licitación (si es Nacional, Internacional Bajo Tratados o Internacional Abierta), y en función de la modalidad de la licitación (si es PMR u OSD).

⁵⁸ Entrevista el 3 de noviembre.

⁵⁹ Para la elaboración de esta sección se utilizaron las siguientes fuentes: (a) Entrevistas con personal de la Coordinación Técnica de Contratos e Investigación de Mercados del IMSS, (b) Entrevistas con personal de la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios, (c) Entrevista con funcionarios de la Secretaría de la Función Pública, (d) Análisis de convocatorias.

Cuando la modalidad de la licitación es PMR no hay un límite de claves o partidas a licitar en un mismo evento, pero si la modalidad es por OSD, el límite es de 15 claves por evento. Por ello, hay varios eventos OSD del mismo carácter. Este límite se deriva de que por Ley, la revisión de las propuestas técnicas y económicas se deben realizar en 24 horas, tiempo insuficiente para revisar las propuestas de más de 15 claves.

Los eventos son presenciales si la modalidad de la licitación es PMR y completamente electrónicos, cuando la modalidad es OSD, excepto durante la capacitación a los proveedores sobre el procedimiento de OSD. En el caso de los procesos por PMR, todos los eventos son presenciales, los representantes de los proveedores acuden a las juntas de aclaraciones, entregan las propuestas físicamente y están presentes en la apertura de propuestas y en el fallo. En el caso de eventos OSDs, todas las etapas del proceso de adquisición se hacen de forma electrónica, no solo la puja, sino también la junta de aclaraciones, la entrega de propuestas y el fallo de la licitación.

En las Convocatorias se expresa la estrategia de compra del IMSS ya que contienen información como la siguiente:

- El grado de consolidación, esto es, si la compra se realiza a nivel central para todas las Delegaciones y UMAEs y en cuantas regiones se divide la compra centralizada; si la compra es multianual (por ejemplo, en un solo año se adquiere el volumen necesario para 2 o tres años); o si se compra de forma conjunta con otras instituciones del sector salud.
- Si se permite el abasto simultáneo y el porcentaje del contrato asignado a cada uno de los proveedores. En el ciclo de compras 2011, por ejemplo, se asignó 60% del contrato al proveedor que ofrecía el precio más bajo y 40% al proveedor con el segundo precio más bajo, siempre que no hubiera una diferencia mayor a 5% entre el primero y el segundo. En el ciclo de compras 2012 se permite el abasto simultáneo pero los porcentajes de asignación cambiaron respecto al 2011. Al proveedor con el precio más bajo se le adjudica 50% del contrato, mientras que al segundo y tercer proveedor con los precios más bajos, se les asignó 30% y 20%, respectivamente, siempre que entre ellos no exista una diferencia mayor al 5% en el precio ofertado. Sin embargo, si ningún proveedor ofrece al menos 70% del contrato, las propuestas son desechadas y se declara desierta la licitación.
- Si permiten las proposiciones conjuntas, esto es, que entre dos proveedores presenten una sola propuesta.
- El carácter de la licitación (arriba explicado).
- Si el proceso es electrónico o no (en el caso específico del IMSS el proceso es presencial si la modalidad es PMR y electrónico si es OSD).
- El criterio de asignación. En el caso de los bienes terapéuticos el criterio es binario, esto es, se asigna el contrato a quien cumpla con los requisitos técnicos y ofrezca el precio más bajo y para los servicios integrales se utiliza una combinación del criterio de puntos y porcentajes y del binario.
- Si revelan información sobre la compra, en específico el precio máximo de referencia.

En las Convocatorias también se establecen los términos y condiciones del contrato que forman parte de la estrategia de compra: tiempos de entrega, formas de entrega, puntos de distribución, penalización por atraso de la entrega, penalización por canje de bienes defectuosos, garantías que debe entregar el proveedor en la firma del contrato, tiempos de pago por parte del IMSS, entre otros.

4.3 Bases y convocatorias: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

Desde 2007, a partir de una estrategia de compras centralizadas implementada en el IMSS, se ha ido incrementando la consolidación de las adquisiciones de bienes terapéuticos y de servicios integrales. Esta consolidación se ha dado en distintos grados y de tres formas diferentes: (1) centralización o integración por regiones, (2) compras multianuales o adquisición de bienes para dos ó tres años a través de un único contrato, y (3) compras en conjunto con otras instituciones del sector salud.

- Hasta 2006 el proceso de compras del IMSS estaba descentralizado en 35 delegaciones estatales y 25 unidades médicas de especialidades. Cada área compradora realizaba sus propias licitaciones para cada insumo médico. A partir de 2007, el Instituto comenzó a centralizar las compras de bienes terapéuticos variando anualmente el número de zonas en las que se licitaba el contrato. En el 2010, consolidó también la compra de bienes de inversión. El modelo de centralización de la compra de bienes terapéuticos es híbrido: La negociación del contrato así como su administración se hace a nivel central, sin embargo, como el IMSS no cuenta con la infraestructura para distribuir los bienes en las Delegaciones y UMAEs, los proveedores están obligados a distribuirlos. Este modelo limita el aprovechamiento de las economías de escala derivadas de la centralización.
- La compra de servicios integrales se ha realizado desde el 2008 a través de contratos multianuales y a partir del ciclo de compras 2009 algunos bienes terapéuticos también se comenzaron a comprar de forma multianual (aquellos que representan mayor gasto para el Instituto).
- Desde hace varios años el IMSS compra de forma consolidada los bienes terapéuticos de la SEDENA, sin embargo, maneja esta compra como una región más del IMSS. Como se explicó anteriormente, la compra de medicamentos con patente vigente se realiza de forma integrada entre el Sector Salud y se da por negociación directa. La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud negocia de manera anual el costo de los medicamentos de patente vigente incluidos en el Cuadro Básico con el objeto de obtener precios favorables. El precio negociado es de observancia obligatoria en los procesos de compra de las dependencias y entidades públicas federales. Derivado de esta negociación, en 2010, el sector tuvo un ahorro de

alrededor de 1,000 millones de pesos en compras consolidadas de medicamentos de patente.⁶⁰

4.4 Bases y convocatorias: Recomendaciones de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Lineamiento 1: El IMSS deberá explorar otras oportunidades para aprovechar al máximo su poder como comprador.

- 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 hoy estable).
- Adquirir bienes y servicios en conjunto con otras agencias gubernamentales.
- Atraer el interés y promover la entrada de nuevos oferentes.

Como mencionamos anteriormente, desde 2007, el IMSS comenzó a centralizar las compras de bienes terapéuticos variando anualmente el número de zonas en las que se licitaba el contrato. Recientemente y a partir de los lineamientos OCDE, el IMSS redujo el número de regiones por las que se adquieren las compras consolidadas. En el ciclo de compras 2011 dicha compra se realizó para 3 zonas, más la de la SEDENA. Este año, para el ciclo de compras 2012, el IMSS compró de forma consolidada en una sola zona, más la de la SEDENA. El objetivo de este procedimiento es hacer el proceso de compras menos predecible a los proveedores. La idea detrás es que los constantes cambios hacen más difícil para los participantes ponerse de acuerdo y dividirse el contrato de acuerdo a las regiones establecidas por el IMSS (estos cambios responden al *lineamiento 13* de las recomendaciones de la OCDE).⁶¹

Cabe señalar que la estrategia de centralización de las compras para generar ahorros se está agotando. Los ahorros cada vez son menores. 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 2007.⁶²

Un efecto colateral de la centralización de las compras de medicamentos es que esta práctica ha conducido a una alta concentración de claves en uno o dos proveedores, principalmente porque la regionalización ha dejado fuera a algunos oferentes locales. En el 2006, cuando las compras se

⁶⁰ Informe de Labores 2009-2010, IMSS.

⁶¹ *Lineamiento 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.*

⁶² Información proporcionada por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, IMSS. Documento elaborado en mayo 2011.

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. Esto es, la concentración de claves en un solo proveedor aumentó 500% entre el 2006 y el 2011.⁶³

Dicho lo anterior, en adelante el esfuerzo de centralización podría enfocarse en los servicios integrales. Actualmente el proceso incluye sesenta partidas, donde cada una corresponde a una UMAE o a una Delegación. A cada partida le corresponde un número específico de paquetes del servicio integral según las necesidades de las unidades demandantes. Los participantes presentan una propuesta para cada una de las partidas y las propuestas deben comprometerse a proveer todos los paquetes dentro de la partida.

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 es adquirirlos a un solo precio con un contrato único; lo que equivaldría a realizar una licitación centralizada con 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 (situación que puede darse bajo el esquema actual) a la vez que se evita eliminar un gran número de proveedores derivado de la 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. Esto es, que sólo se deben consolidar los requerimientos en las partidas (o servicios integrales) en las que se detecte a los mismos oferentes, para aprovechar las economías de alcance y obtener precios más bajos.

Como un ejemplo de esta situación, el cuadro 4 muestra las propuestas de los participantes en la Licitación Pública Internacional 2008 del servicio integral de banco de sangre. En él se puede observar que todos los participantes presentan propuestas para todas las delegaciones y UMAEs. También muestra que los contratos que ganan los licitantes no tienen una lógica geográfica. Esto es, no se observa que uno de los licitantes gane el norte, otro el centro y un tercero el sur, lo que podría ser evidencia de que ninguno de los proveedores es dominante en alguna de las regiones. Dado esto, es razonable y deseable que el IMSS consolide la compra de servicios integrales en una sola región, o bien, en regiones que no necesariamente obedezcan una lógica geográfica (se podrían conformar regiones de acuerdo al valor del contrato).

⁶³ *Ibid.*

Cuadro 4. Participantes y sus posturas en la licitación de banco de sangre 2008

Delegación / UMAE	Participantes y sus posturas			
	Instrumentos y Equipos Falcon, S.A. de C.V.	Hemoser, S.A. de C.V.	Impromed, S.A. de C.V.	Equipos y Reactivos, S.A. de C.V.
UMAE 1 CMN LA RAZA	295,509,600.38	PD	PD	PD
UMAE 10 CMN MERIDA	50,761,636.31		PD	PD
UMAE 12 SAN ANGEL	350,549.96	350,620.12	PD	PD
UMAE 15 MAGDALENA DE LAS SALINAS	1,682,821.70	1,683,158.50	PD	PD
UMAE 16 LOMAS VERDES	1,263,162.12	1,263,414.93	PD	PD
UMAE 17 CMN PUEBLA	701,770.53	705,910.98	PD	PD
UMAE 2 CMN SIGLO XXI	246,641,835.41	PD	PD	PD
UMAE 22 CMN MONTERREY	186,824,520.30	PD	PD	PD
UMAE 3 CMN OCC	PD	PD	207,920,820.37	PD
UMAE 4 CMN MONTERREY	61,100.01	61,112.24	PD	PD
UMAE 5 TORREON	37,063,977.78	PD	PD	PD
UMAE 6 CMN PUEBLA	92,477,785.08	PD	PD	PD
UMAE 7 CMN BAJIO	61,218,690.44	61,230,942.75	PD	PD
UMAE 8 CMN BAJIO	31,159,764.55	31,153,530.72	PD	PD
UMAE 9 CMN VERACRUZ	46,141,907.12	46,151,141.97	PD	PD
AGUASCALIENTES	PD	15,622,114.89	PD	PD
BAJA CALIFORNIA NORTE	PD	27,751,057.98	PD	PD
BAJA CALIFORNIA SUR	PD	6,982,880.67	PD	PD
CAMPECHE	5,578,134.65	5,577,018.69	PD	PD
COAHUILA	34,452,565.28	34,459,460.62	PD	PD
COLIMA	4,991,554.48		PD	PD
CHIAPAS	PD	10,836,417.00	PD	PD
CHIHUAHUA	45,255,730.77	45,264,788.25	PD	PD
DURANGO	PD	18,132,359.93	PD	PD
GUANAJUATO	7,744,128.77	7,745,678.68	PD	PD
GUERRERO	7,206,177.64	7,207,619.89	PD	PD
HIDALGO	PD	13,237,507.86	PD	PD
JALISCO	PD	21,285,933.13	21,281,673.81	PD
MEXICO ZONA ORIENTE	28,255,109.04	28,260,764.02	PD	PD
MEXICO ZONA PONIENTE	PD	12,483,802.39	PD	PD
MICHOACAN	PD	9,430,517.52	PD	PD
MORELOS	12,642,827.14	12,645,357.48	PD	PD
NAYARIT	11,066,328.96	11,068,543.78	PD	PD
NUEVO LEON	6,419,224.36	6,420,509.10	PD	PD
OAXACA	PD	6,391,517.49	PD	PD
PUEBLA	13,333,229.02	13,335,897.54	PD	PD
QUERETARO	15,261,879.64	15,264,934.15	PD	PD
QUINTANA ROO	6,161,613.42	6,162,846.61	PD	PD
SAN LUIS POTOSI	PD	10,080,844.16	PD	PD
SINALOA	43,014,516.47	43,023,125.40	PD	PD
SONORA	PD	11,143,992.72	PD	PD
TABASCO	10,443,720.89	10,445,811.10	PD	PD
TAMAULIPAS	PD	33,327,146.08	PD	PD
TLAXCALA	4,594,432.87	4,595,352.40	PD	PD
VERACRUZ NORTE	11,806,811.45	11,809,174.47	PD	PD
VERACRUZ SUR	17,343,810.36	17,247,281.55	PD	PD

YUCATAN	2,485,091.22	2,485,588.58	PD	PD
ZACATECAS	PD	6,555,457.53	PD	PD
DF 2 NORESTE	9,749,833.60	9,751,784.93	PD	PD
DF 1 NORTE	353,948.31	354,019.15	PD	PD
DF 3 SUROESTE	430,489.57	430,575.72	PD	PD
DF 4 SURESTE	1,678,600.08	1,678,936.03	PD	PD

Fuente: IMCO con datos del “Acta de fallo de la Licitación Pública Internacional número 00641234-008-08”.

Nota: Las siglas PD representan posturas que se presentaron pero que fueron desechadas en la primera etapa (técnica y legal). La mayor parte de estas propuestas se desechan por no presentar anexos y cartas compromiso de un aparato específico. En azul se marcan las propuestas ganadoras.

Otro posible mecanismo para centralizar las compras de servicios integrales, dado que los requerimientos de las Delegaciones y UMAEs son heterogéneos (porque los usuarios y sus necesidades son heterogéneos), es un contrato único en dos etapas. Este mecanismo requiere que primero se agregue la información de los requerimientos de cada Delegación y UMAE para identificar la intersección entre estos. El contrato único es en dos etapas porque en la primera, los oferentes compiten por la adjudicación del servicio, para cubrir la demanda de todas las Delegaciones y UMAEs, sin considerar los costos de distribución y entrega de los servicios. En la segunda etapa, se hace un contrato sobre el servicio de distribución y entrega para cada una de las Delegaciones y UMAEs. Este mecanismo permite generar ahorros porque se centraliza 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 Delegación y UMAE en la segunda etapa.

Con relación a las compras multianuales, este esquema se ha utilizado para la compra de servicios integrales desde el 2008 y a partir del ciclo de compras 2009, para algunos bienes terapéuticos que representan mayor gasto para el Instituto. Comparando las compras multianuales en el tiempo (2009 – 2011) vemos que en 2009 del total de los contratos de medicamentos, 13% fueron multianuales por 2 años y 1% por tres años. En cambio, en 2010 y 2011 el Instituto no realizó contratos multianuales de medicamentos⁶⁴.

Con respecto a la compra en coordinación con otros institutos de salud, el IMSS tiene planeado realizar las compras derivadas de los incumplimientos a través de la figura de Convenio Marco. Este esquema consiste en la agrupación de las dependencias, entidades y órganos desconcentrados de la Administración Pública Federal para la compra de bienes de uso generalizado. Esta estrategia permite establecer un precio fijo que aplica para todas las

⁶⁴ Aun no contamos con información para saber si este tipo de compra aumentó para el ciclo 2012.

dependencias que formaron parte del convenio.⁶⁵ La idea de este Convenio es que la Administración Pública Federal (APF) solvente los incumplimientos con una compra consolidada a nivel nacional. Sin embargo, hasta ahora las instituciones públicas del sector salud no se han puesto de acuerdo para llevar a cabo el Convenio Marco para la compra consolidada de los bienes terapéuticos, ni para comprar la parte del contrato que incumplen los proveedores.

Esta experiencia contrasta con la de un grupo de 5 hospitales del sector privado, entre éstos el Hospital ABC. Este grupo ha consolidado sus compras de medicamentos de alta especialidad y con baja competencia entre la proveeduría, por ejemplo, las medicinas oncológicas. Con esta medida han logrado ahorros de hasta 3% del gasto total conjunto. Si el sector privado ha sabido organizarse a pesar de que no comparten presupuesto y normatividad, no debería de ser que el sector público no haya podido organizarse entorno a establecer el Convenio Marco.

Una posibilidad para consolidar las compras de las distintas instituciones de salud es por medio de un Contrato Marco en dos⁶⁶s 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 éstos. El Convenio Marco 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. Este esquema ayuda a sobrepasar la divergencia en los esquemas de distribución de las instituciones de salud pública.

Lineamiento 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.

Lineamiento 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 los describe el manual de adquisiciones de la SFP.

⁶⁵ Cabe señalar que el IMSS denomina dicho esquema como Convenio Marco, mientras que la SFP le llama consolidaciones. Consultado en: <http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/transparencia/transparencia-focalizada/compras-gubernamentales/estrategias-de-contratacion.html>

⁶⁶ Por ejemplo, el IMSS exige a sus proveedores entregas constantes en aproximadamente 60 puntos de entrega. En cambio, el ISSSTE recibe tres entregas al año en un solo almacén central debido a que su volumen de compra es menor.

Desde 2007 el IMSS coordina sus procesos de adquisición con la SFP a través del “Programa de Acompañamiento Preventivo en las Contrataciones que Realicen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal” (o Programa de Mesas de Acompañamiento), con el fin de obtener asesoría para el diseño de la licitación.⁶⁷ El Programa se creó para que la SFP acompañara a las dependencias en licitaciones que involucraran montos altos, en licitaciones que por los bienes a comprar tienen un gran impacto en la sociedad (importancia estratégica), y en licitaciones en las que existe la presunción de opacidad, parcialidad, establecimiento de requisitos que limiten la participación y en las que haya existido experiencia de discrecionalidad.⁶⁸

De acuerdo con la Lic. Magdalena Leal González, Jefe de División de Bienes Terapéuticos, las Mesas de Acompañamiento han sido de gran ayuda para obtener recomendaciones sobre el diseño del carácter y la modalidad de la licitación y para generar las bases de las Convocatorias. La perspectiva de la Secretaría de la Función Pública es que se ha trabajado con el IMSS para modificar su estrategia de contratación, y que de hecho, se han cancelado ciertos procedimientos o cambiado el carácter y la modalidad de la licitación, de acuerdo con lo que arroja el estudio de mercado.

Sin embargo, no se ha logrado intensificar el uso de este Programa. En 2011, 9% de las licitaciones públicas estuvieron acompañadas por este programa, mientras que en 2010 este porcentaje fue de 24. El IMSS considera que la SFP enfrenta límites de capital humano para atender las necesidades del Instituto. En la Secretaría de la Función Pública señalan que aunque el IMSS es de los entes públicos que más ha solicitado esta asesoría (junto con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT) y el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México (AICM)), en 2011 disminuyeron las mesas de acompañamiento.⁶⁹ Por otra parte, hace falta implementar el programa de mesas de acompañamiento en los procesos de compra de servicios integrales.

Con relación a la adopción del Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público elaborado por la SFP, el IMSS a través de los años ha homologado sus procesos de compras en cuanto a la publicación de las Convocatorias y con relación a los términos y condiciones en estas.

⁶⁷ El objetivo de esta asesoría consiste en revisar el proceso de adjudicación en la generalidad, corroborar que se apegue a los ordenamientos legales y hacer recomendaciones antes de que se firme el contrato. Por ejemplo, se revisa el proyecto de convocatoria de la entidad o dependencia, de modo que cumpla con (a) autorización presupuestaria y (b) criterios consistentes con la investigación de mercado; esta investigación debe realizarse precisamente para decidir el carácter (nacional, internacional bajo tratados, internacional abierta) y la modalidad de la licitación (PMR u OSD). También se revisan las respuestas que se dan en las Juntas de Aclaraciones a las preguntas de los proveedores para que tengan buenos argumentos y no únicamente dirijan a los participantes a los términos planteados en la convocatoria.

⁶⁸ Guía General que Regula el Programa de Acompañamiento Preventivo en las Contrataciones que Realicen las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal. Secretaría de la Función Pública (SFP). Ver en: <http://www.funcionpublica.gob.mx/unaopspf/unaop1.htm>.

⁶⁹ Entrevista con Alejandro Luna, Titular de la Unidad de Normatividad de Contrataciones Públicas de la Secretaría de la Función Pública (20 de octubre de 2011)

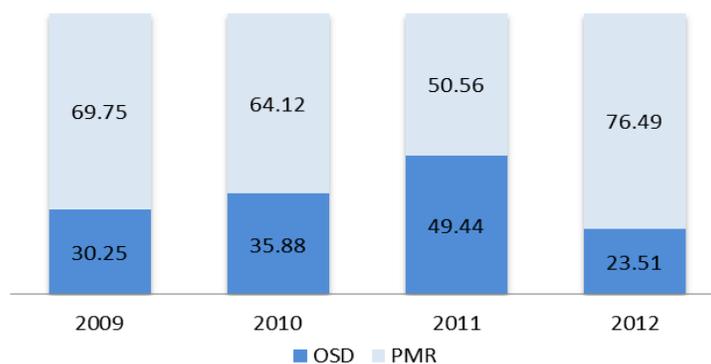
Lineamiento 5: El IMSS deberá buscar expandir su cooperación con la CFC y posiblemente formalizarla, por ejemplo, firmando un protocolo.

Más allá de la firma del memorándum de entendimiento IMSS-OCDE-CFC, en el actual ciclo de compra no ha habido un nuevo acercamiento público entre el IMSS y la Comisión Federal de Competencia. El IMSS ha manifestado la intención de firmar un convenio con la CFC con el objetivo de que le brinde asesoría para determinar el diseño del proceso de adquisición, además de regular formalmente su participación en las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones y Servicios (PBLs). Dicho convenio sería conveniente para el Instituto si la CFC se encargara del análisis estadístico de los resultados de las licitaciones para encontrar patrones de colusión. Sin embargo, esta intención aún no se materializa.

Lineamiento 4: El IMSS deberá adoptar procedimientos de licitación remotos y electrónicos para todas sus adquisiciones y en todos los momentos del procedimiento.

Desde el 2009, el IMSS comenzó a realizar licitaciones mediante la modalidad de las OSDs cuyo proceso es completamente electrónico. En la medida en la que el IMSS incremente sus licitaciones por OSD, se realizarán más eventos electrónicos. Con respecto a esta recomendación, el IMSS planea revisar la posibilidad de que para casos específicos se pueda establecer la posibilidad legal de ajustarse al método de las subastas en reversa (por ejemplo, cuando sólo hay tres oferentes). En la siguiente gráfica se puede observar que el importe de medicamentos licitado bajo la modalidad de OSD cayó en el presente ciclo de compras (2012), comparado con la tendencia de los dos años anteriores (en número de claves, dicho porcentaje cayó más de 10 puntos porcentuales entre 2011 y 2012).

Gráfica 5. Medicamentos licitados por OSD y PMR 2009-2012 (porcentaje del importe total).



Fuente: IMCO con datos del IMSS.

Cabe señalar que, aun bajo la modalidad de licitación PMR, el proceso podría ser puramente electrónico y no presencial como es actualmente en el IMSS. Esto es posible por dos razones. En primer lugar, CompraNet 5.0 no sólo funciona como publicador de convocatorias, sino que

también permite la carga y descarga de documentación, la recepción de las ofertas y la gestión de la comunicación entre proveedores y la entidad compradora. En segundo lugar, según la ley federal de adquisiciones se permiten tres esquemas de presentación de proposiciones: (1) presencial, (2) mixta⁷⁰ y (3) electrónica (Ver Anexo 2). Para realizar las licitaciones por PMR de manera totalmente electrónica es necesario utilizar el portal de CompraNet con una plataforma para que los participantes presenten sus ofertas por internet.

Lineamiento 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 todo el país.

•Dos proveedores o más que suman capacidades para cumplir con un contrato muy grande para cada uno de ellos de forma individual.

En las convocatorias de los procesos licitatorios del ciclo de compras 2012 se invita a que todas las personas interesadas en presentar proposiciones conjuntas lo hagan siempre y cuando cumplan con ciertos requisitos legales y con la entrega de los documentos que los avalen. Ello indica, que permitir las propuestas conjuntas no depende de justificaciones económicas como la recomendación de la OCDE señala.

La decisión de permitir las proposiciones conjuntas debería de tomarse con base en los resultados de la investigación de mercado. Solo se deberían permitir las ofertas en conjunto para aquellas claves en las que pocos proveedores manifestaron, en el estudio de mercado, poder cumplir con el total del requerimiento. Es decir, solo para fomentar la participación de proveedores que de forma individual no podrían participar⁷¹.

Desde la perspectiva de la OCDE, las proposiciones conjuntas suelen eliminar la competencia en precio y permiten la distribución del mercado entre los proveedores. Por lo tanto, su uso se debe limitar a los casos en los que se pueda fomentar la participación de proveedores que de forma individual no podrían participar. En cambio, este tipo de propuestas no debe permitirse para los competidores que en la investigación de mercado manifiestan poder cumplir con el total del requerimiento.

Para evaluar si se implementó o no la recomendación de la OCDE, el IMCO revisará si los competidores que participaron con propuestas conjuntas en 2012, señalaron que podían cumplir

⁷⁰ La mayoría de las licitaciones realizadas por Precio Máximo de Referencia (PMR) son mixtas, es decir, los participantes pueden presentar sus ofertas de manera electrónica o presencial.

⁷¹ En teoría, esta es la función de los distribuidores. Ellos se encargan de reunir los insumos de diversos fabricantes que por sí solos no podrían satisfacer los requerimientos de la dependencia demandante (en este caso e IMSS).

con todo el requerimiento en el estudio de mercado. IMCO tendrá acceso a dicha información hasta que termine el ciclo de compras 2012.

Lineamiento 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.

Para el IMSS, la seguridad del abasto es una preocupación constante. El único mecanismo con el que cuenta actualmente para garantizarla es la política de abasto simultáneo. La penalización por incumplimiento es de máximo 10% del total del importe de lo incumplido, y a juicio de la OCDE, es insuficiente para incentivar el cumplimiento total del contrato. Por ello, para el ciclo de compras 2011 se asignó 60% del contrato al proveedor que ofreciera el precio más bajo y 40% al proveedor con el segundo precio más bajo siempre que no hubiera una diferencia mayor a 5% entre el precio del primero y el del segundo.

Para el ciclo de compras que estamos evaluando (2012) se sigue permitiendo el abasto simultáneo, contrario a la recomendación de la OCDE. Sin embargo, el número de proveedores y los porcentajes de asignación cambiaron respecto al 2011. En esta ocasión, el IMSS solicita preferentemente tres fuentes de abastecimiento simultáneo. Al proveedor con el precio más bajo se le adjudica 50% del contrato, mientras que al segundo y tercer proveedor con los precios más bajos, se les asigna 30% y 20%, respectivamente siempre que entre ellos no exista una diferencia mayor al 5% en el precio ofertado. En caso de que se cuente sólo con dos licitantes cuyo diferencial de precio se encuentren dentro del rango de 5% respecto de la propuesta solvente más baja, se adjudicará 70% del contrato al licitante con el precio más bajo y 30% al segundo licitante con el precio más bajo. Finalmente, cuando la segunda fuente de abastecimiento (30%) y tercera fuente de abastecimiento (20%), no hayan sido ofertadas o no resulten adjudicadas, el licitante que haya obtenido el primer lugar (siempre y cuando haya ofertado al menos el 70% de la cantidad máxima requerida), podrá quedarse con el 100% del contrato siempre que declare poder cumplir con esta obligación.

A pesar de que la decisión del IMSS contradice la recomendación de la OCDE, ya que permiten el abasto simultáneo aun cuando el licitante que ofrece el precio más bajo puede cumplir con el 100% del contrato, obligar que al menos uno de los proveedores ofrezca como mínimo el 70% del total del contrato para que las propuestas no sean desechadas, hace más difícil para los proveedores (que se coluden) dividirse el contrato por partes iguales (o justas). Además, cambiar los porcentajes del abasto simultáneo entre un año y otro hace menos predecible el proceso de

compra para los proveedores; lo que vuelve más complicada la negociación entre ellos en el tiempo.

Sabiendo que la aplicación de dicha recomendación sigue pendiente, el IMSS cree necesario primero instrumentar otro tipo de mecanismos que eviten la falta de surtimiento de medicamentos, en caso de que el proveedor ganador incumpla el contrato. Sin embargo, el Instituto no ha planteado alguna medida en concreto. El IMSS también acordó establecer o clarificar en las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones y Servicios (PBLs) los casos específicos en los que se podría utilizar el abasto simultáneo, y señalar que el contrato sólo se podrá dividir entre dos proveedores como máximo.⁷²

A juicio del IMCO, la limitación del abasto simultáneo a solo dos proveedores como reacción a la recomendación de la OCDE, no tiene sustento (ni teórico ni práctico). Es decir, el IMSS no ha justificado el porqué de limitar a dos proveedores el abasto simultáneo.

Lineamiento 8: Para disuadir el uso de subcontratación como mecanismo para crear una colusión, el IMSS deberá pedir a los oferentes: (i) revelar de antemano (por ejemplo, en los documentos de propuestas de oferta que son entregados al IMSS) la intención de subcontratar a otros proveedores; (ii) identificar con claridad a los subcontratados; y (iii) explicar por qué la subcontratación es necesaria para poder cumplir apropiadamente con el contrato.

La LAASSP no regula la subcontratación de proveedores. Por lo tanto, el IMSS consideró que no existen obstáculos para exigir al proveedor lo que recomienda la OCDE⁷³. Sin embargo, en las convocatorias de la compra consolidada de bienes terapéuticos del ciclo de compras 2012, el IMSS no requirió a los proveedores que revelaran en sus propuestas la intención de subcontratar a otros proveedores, identificarlos y entregar una explicación de la necesidad de subcontratar para cumplir adecuadamente con el contrato.

Lineamiento 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.

Siguiendo la recomendación de la OCDE, en el pre-requerimiento, así como en la convocatoria, en lugar de publicar las cantidades a comprar por cada una de las Delegaciones y UMAEs o por cada una de las regiones, el IMSS únicamente publicó, la cantidad mínima y máxima total a adquirir. Ello dificulta la organización de los proveedores para dividirse el contrato por cada una de las Delegaciones y UMAEs.

⁷² Documento: Acciones que realizará el IMSS para atender las recomendaciones de la OCDE para combatir la colusión en compras públicas, octubre de 2011.

⁷³ Documento: Comentarios IMSS (Combatir la colusión en compras públicas), Informe de la OCDE de la legislación actual y las prácticas que rigen en las adquisiciones del IMSS, mayo 2011.

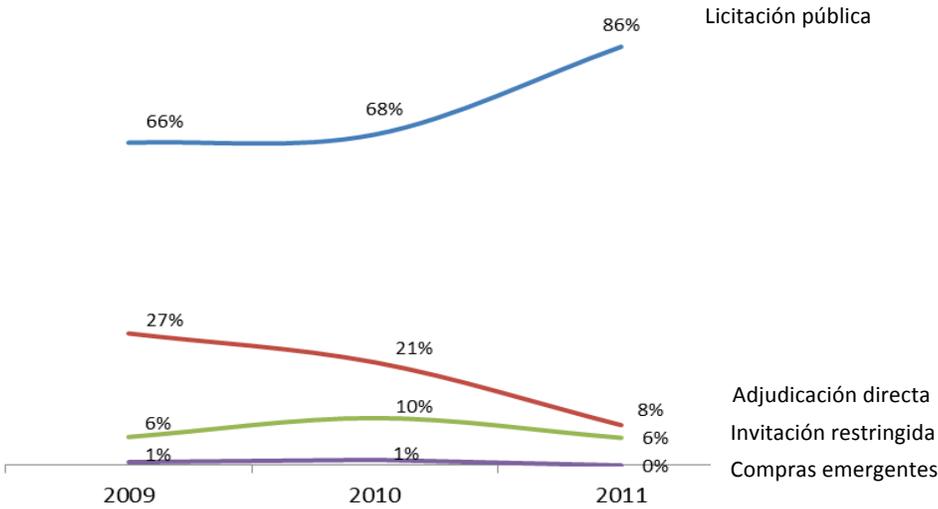
Como se mencionó anteriormente, para las licitaciones bajo PMR, el IMSS publica el precio de referencia en la Convocatoria. Ello podría facilitar la organización entre proveedores, ya que equivale a establecer un punto focal para el acuerdo.

Lineamiento 10: El IMSS deberá limitar el uso de las excepciones a las licitaciones públicas.

Lineamiento 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.

En años recientes el IMSS ha incrementado su porcentaje de adquisiciones a través de la licitación pública.

Gráfica 6. Tipo de adquisiciones (2009-2011)



Fuente: IMCO con datos de Portal de Compras del IMSS.

Como explicamos a detalle en la sección 3.5 sobre “Investigaciones de mercado: Recomendaciones IMCO” (ver p. 41), en el IMCO creemos que más allá de limitar los métodos distintos a la licitación, el IMSS deberá evaluar la mejor estrategia para adquirir los bienes y servicios que son estratégicos para el Instituto. Por ejemplo, cuando hay múltiples proveedores del mismo bien o servicio, la licitación pública es el método más indicado para asegurar el mejor precio. En cambio, cuando hay pocos proveedores pero el ente público compra una proporción importante de las compras totales en el mercado, un proceso negociado es más adecuado que la licitación pública. Para poder diseñar las adquisiciones de esta forma, se requiere realizar investigaciones de mercado profundas sobre las familias que son estratégicas para las compras del IMSS (de acuerdo a su importe).

A partir de las recomendaciones de la OCDE, el Instituto se comprometió a revisar las Políticas, Bases y Lineamientos entorno a las políticas para la aplicación de las excepciones a la licitación

pública, además de fortalecer las investigaciones de mercado y la elaboración de las especificaciones técnicas para diseñar correctamente el carácter de la licitación y evitar que se declare desierta. Estos compromisos aún no se han implementado.

Lineamiento 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.

Para implementar esta recomendación, el IMSS tiene que modificar las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones y Servicios (PBL's). En el actual ciclo de compras, el IMSS utilizó el descuento de 40% para calcular los precios convenientes, contrario a la recomendación de la OCDE. El Instituto ha dicho que analizará la posibilidad de aumentar el porcentaje de descuento en función de las características específicas de cada uno de los bienes y servicios de los que se trate para los siguientes ciclos de compras.

Lineamiento 14: El IMSS deberá considerar requerir un Certificado de determinación de posturas independientes (CIBD) que acompañe a todas las licitaciones.

Contrario a la recomendación de la OCDE, en las convocatorias de la compra consolidada de bienes terapéuticos del actual ciclo (2012), el IMSS no requirió un certificado de determinación de posturas independientes. Sin embargo, el IMSS respondió a dicho lineamiento diciendo que no hay inconveniente en solicitar el certificado. Pero para implementarlo, pedirá la opinión de la Dirección Jurídica del IMSS, para asegurarse de que el instrumento no se opone a las leyes que rigen en la materia en el país.

4.5 Bases y convocatorias. Recomendaciones del IMCO

Para definir la conveniencia de la consolidación es necesario primero 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). A continuación mostramos algunos ejemplos:

- Cuando se realiza integración por componentes (o integrales), aunque empaquetar ayuda a ahorrar (porque se aprovechan las economías de escala y los costos de transacción disminuyen), puede limitarse la competencia si sólo pocos proveedores pueden ofrecer los bienes en paquete. Antes de integrar habría que investigar quiénes son los posibles proveedores de cada uno de los componentes por separado y quienes son los oferentes que proveerían el paquete de componentes agregados.
- En la integración por regiones, cuando existe proveeduría local (que no cuenta con la capacidad de proveer a toda una región), la agregación regional puede dejar fuera a los jugadores locales y generar menos competencia. Por otro lado, los jugadores pueden ser

solo nacionales y en ese caso no se excluyen competidores al consolidar las compras (generalmente esto sucede en el mercado de los medicamentos)⁷⁴.

De acuerdo con el Dr. Eduardo González Pier, Director de Finanzas,⁷⁵ para tomar la decisión de comprar de forma consolidada a nivel nacional, primero se tiene que hacer un análisis de la proveeduría y del porcentaje de ingresos que representan para ésta las compras del sector público: “En compra de oncológicos casi todo el mercado es del gobierno, alrededor del 80%. Si se compra de forma consolidada nacional y además con un contrato multianual se corre el riesgo de quebrar al resto de los proveedores y así generar un monopolio para la siguiente compra. Comprar de forma consolidada para todo el Sector Salud y con contratos multianuales tiene más sentido para medicamentos como los dermatológicos, donde la compra del gobierno es pequeña”.

Además de realizar dichos ejercicios formales para entender las consecuencias de la consolidación, el IMSS podría 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, unir en un solo contrato y partida, el ácido acetilsalicílico en tabletas de 500 mg con el ácido acetilsalicílico efervescente de 300 mg.

En la base de datos del ciclo de compras 2011 que el IMSS nos proporcionó, existen 115 medicamentos que comparten, en pares o tercias, la misma sustancia activa pero en diferente presentación. Por lo tanto, aunque sean los mismos medicamentos, cuentan con claves y partidas distintas y se licitan por separado. Podría ser, y es importante analizarlo, que los licitantes o los fabricantes se estén dividiendo el mercado, no por sustancia activa, sino por presentación, cada uno de ellos pujando en la subasta por una clave distinta. De esta manera, el IMSS puede estar facilitando la posibilidad de que los oferentes se coludan y ofrezcan precios más altos que los de competencia. Es necesario revisar si agrupar en una sola partida los medicamentos con las mismas sustancias activas (aunque de presentaciones distintas) podría evitar que los competidores se pongan de acuerdo.

Con respecto a esta recomendación, el Reglamento de la LAASSP (artículo 39, II.b) establece que “los bienes o servicios se agruparán en partidas siempre y cuando no se limite la libre participación de cualquier interesado. Se entenderá que no se limita la libre participación, cuando con la investigación de mercado correspondiente al procedimiento de contratación, se constate la existencia de al menos cinco probables proveedores que pudieran cumplir integralmente con el

⁷⁴ En un estudio de la Secretaría de la Salud de 2005 se identificaron a tres grandes distribuidores de alcance nacional, Casa Saba, Nadro y Marzam, que controlaban aproximadamente 70% del mercado mayorista, y el 30% restante correspondía a más de 20 distribuidores locales. En un estudio reciente de Funsalud (2011) se identifica que en el sector privado, entre el 80 y 90 por ciento de las ventas se efectúan a través de mayoristas y el resto de manera directa entre los fabricantes y algunas de las grandes cadenas de farmacias. Los mayoristas están concentrados en cuatro grandes empresas que en conjunto controlan poco menos del 70% del mercado de distribución. El resto del mercado corresponde a alrededor de 12 distribuidores locales de menor tamaño con especialización a nivel regional.

⁷⁵ Entrevista realizada el 23 de agosto de 2011.

agrupamiento a que se refiere el párrafo anterior; (...)"Sin embargo, cuando la investigación de mercado no constata precisamente lo establecido en el Reglamento, el IMSS puede solicitar a la SFP la interpretación de la ley (artículo 8 del Reglamento). Esta Secretaría puede permitir al IMSS agrupar bienes (o claves) en una sola partida a pesar de que no existan al menos cinco proveedores que puedan ofertar en todas las claves que conforman la partida.

En este sentido, en el IMCO analizamos quiénes son los oferentes de cada una de las claves de medicamentos con el objetivo de encontrar si es posible agrupar las claves de los medicamentos con la misma sustancia, aunque con distinta presentación, en una sola partida.

De los 115 medicamentos, únicamente 21% (24 medicamentos) tienen distintos licitantes para cada una de las claves de la misma sustancia activa. Entre éstos, 19 no comparten fabricante. Aquí se presentan dos casos de este tipo.

- Caso 1:

Clave	Medicamento	Licitante	Fabricante
010 000 3044	Medroxiprogesterona. Tabletas.	Selecciones médicas del centro, S. A. de C. V.	Pfizer, S. A. de C. V.
010 000 3045	Medroxiprogesterona. Suspensión.	Equimed del Centro, S. A. de C. V.	Organón mexicana, S. A. de C. V.

- Caso 2:

Clave	Medicamento	Licitante	Fabricante
010 000 1703	Sulfato ferroso. Tabletas	Laboratorios Valdecasas, S. A.	Laboratorios Valdecasas S. A. de C. V.
		Intergeneric, S. A. de C. V.	Terapia infantil S. A. de C. V.
010 000 1704	Sulfato ferroso. Solución oral	Comercializadora Brissa de México, S. A. de C. V.	Mavi farmacéutica, S. A. de C. V.
		Fármacos y recursos materiales. Esp. S. A. de C. V.	Fármacos continentales, S. A. de C. V.

De los 115 medicamentos, 30 tienen el mismo licitante para todas las claves de la misma sustancia activa, de las cuales 20 comparten el mismo fabricante. Esto quiere decir que toda la producción de ese medicamento está licitada por una sola compañía. Mostramos dos ejemplos de estos:

- Caso 1:

Clave	Medicamento	Licitante	Fabricante
010 000 3608	Cloruro de sodio. Solución inyectable al 0.9% Envase con 250 ml	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010 000 3609	Cloruro de sodio. Solución inyectable al 0.9% Envase con 500 ml	Baxter, S. A. de C. V	Baxter, S. A. de C. V.
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010 000 3610	Cloruro de sodio. Solución inyectable al 0.9% Envase con 1000 ml	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V

- Caso 2:

Clave	Medicamento	Licitante	Fabricante
010 000 3611	Cloruro de sodio y glucosa. Solución Envase con 250 ml	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010 000 3612	Cloruro de sodio y glucosa. Solución Envase con 500 ml	Baxter, S. A. de C. V	Baxter, S. A. de C. V.
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010 000 3613	Cloruro de sodio y glucosa. Solución Envase con 1000 ml	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
		Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V.
		Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V.

De los medicamentos restantes entre los 115, encontramos que hay más de 15 medicamentos en los que los mismos licitantes compiten por las distintas claves de la misma sustancia activa. Aquí se presentan varios de estos casos:

- Caso 1:

Clave			Medicamento	Licitante	Fabricante
010	000	3611	Cloruro de sodio y glucosa. Solución	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
				Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 250 ml	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010	000	3612	Cloruro de sodio y glucosa. Solución	Baxter, S. A. de C. V	Baxter, S. A. de C. V.
				Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 500 ml	Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010	000	3613	Cloruro de sodio y glucosa. Solución	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
				Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 1000 ml	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V

- Caso 2:

Clave			Medicamento	Licitante	Fabricante
010	000	3614	Hartmann. Solución inyectable.	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
				Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 250 ml	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010	000	3615	Hartmann. Solución inyectable.	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
				Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 500 ml	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V
010	000	3616	Hartmann. Solución inyectable	Baxter, S. A. de C. V.	Baxter, S. A. de C. V.
				Laboratorios pisa, S. A. de C. V	Laboratorios pisa, S. A. de C. V
			Envase con 1000 ml	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V	Fresenius Kabi México, S. A. de C. V

Para este tipo de casos (de la misma sustancia activa, en diferente presentación y con ofertas de los mismos licitantes), tiene sentido agrupar las diferentes claves en una sola partida, para que los licitantes presenten propuestas más agresivas. Dado que al agrupar varias claves, la partida se vuelve más atractiva a los participantes, se espera que compitan por el contrato. Esto vuelve más difícil el acuerdo entre los licitantes.

Una tercera recomendación es 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 del mismo producto que se pusieron de acuerdo para ir de la mano del mismo representante. Un ejemplo de ello es Fármacos Especializados, quien es el único distribuidor que maneja toda la cartera de medicamentos oncológicos. En el sector privado se han acercado, sin éxito, a los laboratorios de este tipo de medicamentos para que les vendan directamente sin necesidad de negociar con los distribuidores.⁷⁶

Cuadro 5. Diferentes fabricantes representados por un mismo distribuidor.

Clave del medicamento			DESCRIPCIÓN	LICITANTE	FABRICANTE
GPO	GEN	ESP			
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	LABORATORIOS FARMADEM S.A. DE C.V.
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	LABORATORIOS KENER S.A.DE C.V.
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	LABORATORIOS ZERBONI S.A C.V.
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	LABORATORIOS ALPHARMA S.A. DE C.V.
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	ARLEX DE MEXICO S.A. DE C.V.
010	000	0101	ÁCIDO ACETILSALICILICO TABLETAS C	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	SANOFI AVENTIS DE MEXICO S.A. DE C.V.
010	000	0103	ÁCIDO ACETILSALICILICO. TABLETA S	DISTRIBUIDORA INTER. DE MEDS. Y EQ. MEDICO, SA CV	LABORATORIOS PISA, S.A. DE C.V.

Idealmente, los distribuidores no deberían representar a más de dos fabricantes. Aunque esta disposición no está en la Ley, las bases y las convocatorias podrían contenerla. La aplicación de esta recomendación requiere de un estudio de la proveeduría, tanto distribuidores como fabricantes y su relación, y de un análisis del mercado que incluya la entrada potencial de nuevos

⁷⁶ Entrevista realizada a la Dirección del Área de Abasto de un hospital privado en México (19 de agosto, 2011)

participantes. Sin embargo, si se aplica como regla general, podría ser una limitante a las fuentes de abastecimiento del Instituto.

5. ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO: REVISIÓN DE PROPUESTAS, FALLO Y POSIBLES INCONFORMIDADES

Durante esta etapa del proceso de compras, los licitantes entregan su propuesta técnica y económica. Los jefes de División de Bienes Terapéuticos y de Servicios Integrales, con la ayuda del área médica, revisan las propuestas técnicas y definen quién cumple con las bases establecidas en la convocatoria, posteriormente analizan qué participante oferta el mejor precio. Con base en los resultados del análisis de propuestas, se determina el fallo y se anuncia al ganador, quien deberá firmar el contrato con el IMSS. Si los participantes no están de acuerdo con alguna parte del procedimiento de compra (incluyendo las bases y convocatorias, juntas de aclaraciones, presentación de propuestas y fallo) tienen derecho a presentar sus inconformidades respecto al proceso de compra. En ente encargado de resolverlas es el Órgano Interno de Control (OIC), quien tiene dependencia jerárquica y funcional de la Secretaría de la Función Pública (SFP). Aunque las inconformidades pueden referirse a cualquier parte del proceso, el 70% ellas corresponden al fallo.⁷⁷

5.1 Adjudicación del contrato e inconformidades: Actores responsables

Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios, Órgano Interno de Control (OIC), Secretaría de la Función Pública (SFP), Transparencia Mexicana (Programa de Testigos Sociales).

5.2 Adjudicación del contrato e inconformidades: Descripción del procedimiento

De acuerdo con la LAASSP (artículo 35), el acto de presentación de propuestas es presidido por el titular del área contratante, quien recibe las propuestas en sobre cerrado y verifica que cumplan con los requisitos estipulados en la convocatoria. Posteriormente, se levanta un acta con el importe de cada propuesta y se señala hora, lugar y fecha en que se dará a conocer el fallo.

En caso de que hubiera alguna inconformidad por parte de algún participante, el OIC es el encargado de recibirla. La Ley establece las condiciones bajo las cuales un participante puede presentar su inconformidad, así como el mecanismo para hacerlo. Las inconformidades se pueden presentar en cada una de las etapas del proceso de compra. Esto es, desde las bases expuestas en la convocatoria hasta el fallo de la licitación. Sin embargo, de acuerdo con el Titular del OIC en el

⁷⁷ Documentamos las inconformidades en la etapa final del proceso porque como se mencionó, aunque los licitantes pueden presentar inconformidades en cada una de las etapas del proceso de compra, de acuerdo al Titular del OIC, la mayor parte de las inconformidades (70%) se refieren al fallo. El resto se presentan por la Convocatoria o por las Juntas de Aclaraciones.

IMSS⁷⁸, el 70% de las inconformidades se refieren al fallo. El resto se presentan durante la convocatoria y la junta de aclaraciones. De estas, solo 10% se promueve porque los funcionarios del área adquirente realizaron cambios a las bases de la convocatoria o a las especificaciones técnicas del bien o servicio, como reacción a una pregunta de algún licitante durante la junta de aclaraciones.

La presentación de una inconformidad puede culminar en la nulidad del evento en la que se promovió y por ende en su repetición. Por ejemplo, si la inconformidad se presentó durante la etapa de la publicación de la convocatoria y se demuestra que ésta contraviene la Ley, se declara nula la convocatoria y se tiene que publicar una nueva.

Por otra parte, durante el proceso de revisión de propuestas y fallo, los testigos sociales pueden ser un actor relevante. Los testigos sociales son miembros de la sociedad civil (personas físicas o morales) que participan durante los procesos de adjudicación como observadores externos. El objetivo de integrar a los testigos sociales al procedimiento de compra es inhibir posibles actos de corrupción u otras violaciones a la Ley. La función de estos actores es verificar que los procedimientos (1) estén apegados a la Ley, (2) sean imparciales y 3) sean transparentes.

Los testigos sociales deben participar en los procesos de compra cuyos contratos sean superiores a 5 millones de salarios mínimos en el D.F. (aproximadamente 299 millones de pesos) y en aquellos que la SFP elija con base en el impacto de la contratación en los programas y planes anuales de las entidades o dependencias.

Los testigos sociales, designados a un proceso de compra particular, deben estar presentes en todos los actos públicos del proceso de compra (junta de aclaraciones, apertura de propuestas y fallo) y también en las reuniones internas, por ejemplo, durante el diseño de las bases y convocatorias y al momento en que se delibera sobre la adjudicación de un contrato. Su presencia es especialmente relevante durante la presentación de propuestas y fallo porque revisan y brindan legitimidad al resultado final de todo el proceso.

Los testigos sociales sólo tienen derecho a voz y a información, es decir, sus decisiones no son vinculantes. En caso de que un testigo social detecte actos de corrupción cometidos por los funcionarios de la institución, debe presentar una queja o denuncia al Órgano Interno de Control (OIC) para que éste inicie una investigación por favoritismos o perjuicios contra el Instituto y lleve a cabo un procedimiento de responsabilidades de los funcionarios públicos⁷⁹. Pero a diferencia de los licitantes, las denuncias de los testigos sociales no pueden desencadenar la nulidad de un evento. Sin embargo, con base en la información recabada por el testigo social, el OIC puede realizar una “Intervención de Oficio”, esto quiere decir que si considera que el testimonio del testigo social contiene información suficiente para considerar una posible violación de la ley, entonces puede iniciar una investigación que podría culminar en la nulidad del evento en cuestión.

⁷⁸ Eduardo Jesús Viesca de la Garza, Representante del Órgano Interno de Control del IMSS, entrevistado el 25 de noviembre de 2011.

⁷⁹ Para más detalle ver el Artículo 26 de la LAASSP.

5.2 Adjudicación del contrato e inconformidades: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

En 2004 la SFP emitió un acuerdo en el que se delineó la participación de los testigos sociales en las contrataciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal⁸⁰. Posteriormente, en 2009 en la LAASP y en su reglamento se reguló de forma más específica cuáles son las funciones de los testigos sociales y cuál debe ser su perfil.⁸¹ En línea con dicha reforma, desde el 2009 el IMSS ha incluido formalmente la participación de testigos sociales en los casos que marca la Ley.⁸² Además, existen registros de la participación de testigos sociales en procesos de compra del IMSS desde 2007⁸³.

Adjudicaciones del contrato e inconformidades: Propuestas de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Lineamiento 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.

3.4 Investigaciones de mercado: Recomendaciones de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

Como señalamos en la sección 3.4, la SFP se involucra en el proceso de compras del IMSS desde las primeras etapas por medio del programa de mesas de acompañamiento. Bajo este esquema, la SFP brinda asesoría al IMSS para la planeación, programación, asignación de presupuesto, contratación y gasto; especialmente da sugerencias sobre la conformación de bases y convocatorias de acuerdo a los resultados de la investigación de mercado.

Como se mencionó anteriormente, la SFP también participa en los procesos de compra del IMSS por medio de los testigos sociales. Al analizar los testimonios de los testigos sociales que han

⁸⁰ Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la participación de los testigos sociales en las contrataciones que realicen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2004.

⁸¹ A partir de 2009, la SFP administra el registro de los testigos y somete a consideración del Comité de Testigos sociales su nombramiento. El Comité de testigos sociales está conformado por 5 servidores públicos y 5 representantes de la sociedad civil y empresarial (Colegio de Ingenieros, Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción, Cámara Mexicana de Empresas de Consultoría, Cámara Nacional de la Industria de Transformación y Confederación de Cámaras Industriales). Actualmente el padrón consta de 39 testigos sociales, de los cuales 5 son personas morales.

⁸² IMSS, Informe de Labores 2009 – 2010 y Programa de Actividades 2010, p. 87.

⁸³ Como ejemplo están los Testimonios de Transparencia Mexicanas obre procesos de compra de 2007 para el ejercicio presupuestal de 2008. Consultados en:

http://www.transparenciamexicana.org.mx/Documentos/PactosIntegridad/INFORME_FINAL_MAT_DE_CUR_IMSS.pdf;

http://www.transparenciamexicana.org.mx/Documentos/PactosIntegridad/INFORME_FINAL_DIALISIS_IMSS.pdf

participado en los procesos de compra del IMSS durante 2011, se observa que estos actores dieron seguimiento a dichos procesos incluyendo la elaboración de las investigaciones de mercado, definición de la estrategia de contratación, redacción de bases y convocatorias, juntas de aclaraciones, presentación y apertura de propuestas, evaluación de propuestas técnicas y económicas, dictamen, fallo y formalización del contrato.⁸⁴ En los casos analizados, en términos generales los testigos sociales señalaron que los procesos de compra se llevaron a cabo conforme lo dicta la Ley. Cabe señalar que los reportes de los testigos sociales indican que tuvieron acceso a la información confidencial relacionada al proceso de compra, por ejemplo, el proyecto de convocatoria, investigación de mercado y el contenido de las propuestas.

Más allá de las recomendaciones del informe de la OCDE sobre el combate a la colusión, esta organización en su reporte “Integridad en compras públicas” recomienda la figura de observadores externos durante el proceso de evaluación de propuestas y adjudicación del contrato porque en esta fase del proceso de compra existen los siguientes riesgos potenciales.⁸⁵

- Evaluación de las ofertas o asignación del contrato con base en intereses personales o acuerdos de corrupción. En esta etapa del proceso los funcionarios pueden usar diversos mecanismos para manipular el resultado del concurso, entre ellos, realizar cambios en las ofertas de los participantes, descalificar ofertas injustificadamente o modificar los criterios de asignación.
- Falta de acción del personal de adquisiciones para reportar a las autoridades competentes violaciones a la Ley o comportamientos inusuales y patrones sospechosos detectados en la presentación de ofertas.
- Ausencia de registros completos sobre los procedimientos de apertura y evaluación de las ofertas y adjudicación del contrato.

Contra estas vulnerabilidades, la figura del testigo social tiene una función reparadora de las “faltas” de la autoridad. Esto se debe a que si el testigo detecta alguna irregularidad o algún caso de corrupción, lo debe notificar al OIC para que éste intervenga en el procedimiento. Además, está presente en cada etapa del proceso y da testimonio de todo lo que sucede en ellas (también realiza informes parciales, aunque no son públicos).

Sin embargo, la opinión sobre la participación de los testigos sociales está dividida entre los funcionarios del IMSS. Por un lado, el personal de adquisiciones de bienes terapéuticos considera

⁸⁴ La SFP, en la página de Compranet, publica los testimonios de los testigos sociales durante el último año, en dicha página únicamente se encuentran dos testimonios relacionados al IMSS. El primero de ellos fue elaborado por Gerardo Mendoza Briseño respecto a la Licitación Pública Internacional Mixta bajo Tratados de Libre Comercio No. LA-019GYR040-T36-2011 para la adquisición de “Aceleradores Lineales” convocado por la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones del IMSS. El segundo testimonio es de José Antonio Nava Jiménez sobre la Licitación Pública Internacional bajo la Cobertura de Tratados número LA-019GYR120-T4-2011, para la contratación del servicio médico integral de hemodiálisis. Consultado en <http://www.funcionpublica.gob.mx/unaopspf/tsocial/tsocial.htm>

⁸⁵ *OECD Public Procurement Review Of The Mexican Institute Of Social Security (IMSS)*, Public Governance And Territorial Development Directorate, Public Governance Committee, OECD 2011.

que las intervenciones de los testigos sociales han sido útiles, y por el otro, de acuerdo con el personal del área de contratación de servicios integrales “el testigo social es un proveedor más al que hay que explicarle todo el proceso”.

Lineamiento 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 propiamente investigado

La implementación de esta recomendación no es inmediata. Al momento de entregar el presente análisis no conocemos si el IMSS ya está interactuando con la CFC para compartir bases de datos que puedan ayudar a encontrar comportamientos de colusión entre los proveedores. Sin embargo, dentro de los planes futuros del IMSS está buscar la asesoría de la CFC para que lo instruya en cómo organizar las bases de datos para que sean explotables por parte de la Comisión.

Lineamiento 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.

Uno de los objetivos del portal de transparencia del IMSS que mencionamos al principio de este documento y que se lanzó a finales de 2011 (y aún sigue en construcción), es que los funcionarios del área de adquisiciones del IMSS informen sobre cualquier irregularidad en el proceso, incluyendo posibles actos de colusión o corrupción.

Respecto a los procedimientos de reporte y a los formatos que se deberán llenar, el IMSS planea reformar los PBL's para establecer claramente el mecanismo para reportar sospechas de colusión entre los participantes de los procesos de compra del Instituto.

5.4 Adjudicaciones del contrato e inconformidades: Recomendaciones del IMCO

Esta es la etapa del proceso de compra de mayor visibilidad. A través de la publicación del fallo queda registrado el proceso de compra y las decisiones que tomó la autoridad. En este sentido, el esfuerzo en esta etapa de licitación deberá centrarse en reforzar estos mecanismos de rendición de cuentas para que las futuras administraciones continúen empleándolos.

Por otra parte, creemos que incluso cuando los testigos sociales no realicen denuncias ante el OIC, porque lo observado en un proceso no amerita una denuncia, es deseable que el IMSS dé seguimiento o respuesta a las observaciones y recomendaciones de los testigos sociales. Por ejemplo, una de las recomendaciones de los testigos sociales es que las áreas requerentes, expliquen de manera precisa los motivos por los que es conveniente y justificable la inclusión de características adicionales a las obligatorias a las listas de requerimientos.

Finalmente, podría ampliarse el uso del programa de los testigos sociales a las licitaciones de bienes y servicios que se realizan en las Delegaciones y UMAEs y que son estratégicos para el Instituto.

6. INCUMPLIMIENTOS, SANCIONES POR INCUMPLIMIENTOS Y COMPRAS EMERGENTES

Esta es la última etapa del proceso de compras. Cuando las Delegaciones y UMAEs realizan una orden de reposición, los proveedores tienen 19 días naturales para entregar el bien o servicio. Agotado este plazo, se considera que los proveedores incumplieron el contrato. La sanción máxima al proveedor equivale a 10% del monto incumplido⁸⁶. Dado el incumplimiento del contrato, las Delegaciones y UMAEs tienen que solventar la falta de los bienes o servicios. Esto lo llevan a cabo a través de la Bolsa Única de Ofertas (BUO), o bien, si la necesidad es urgente, las Unidades Médicas realizan compras emergentes.

6.1 Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes: Actores responsables:

Delegaciones, UMAEs, Unidades Médicas.

6.2 Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes: Descripción del procedimiento

Si los proveedores incumplen el Contrato Único (acuerdo de la compra centralizada del IMSS), las Delegaciones y UMAEs tienen que solventar la falta de bienes terapéuticos con el mismo presupuesto asignado en el Contrato Único. Esto es, en caso de incumplimiento, el IMSS compra con el dinero que ya tenía considerado y por lo tanto, el monto acordado en el Contrato Único se convierte en el presupuesto máximo autorizado de cada Delegación y UMAE (Límite Presupuestal Delegacional). En general, en caso de incumplimiento, estas unidades descentralizadas compran con un sobreprecio respecto a la adquisición original a nivel central. Esto se debe en gran medida a que el volumen que contratan las Delegaciones y UMAEs para solventar el incumplimiento es mucho menor al volumen de la compra original a nivel central.

En las convocatorias del ciclo de compras 2012, el IMSS estableció la fecha de la emisión de la primera orden de entrega y el porcentaje del contrato a entregar, el cual se encuentra entre el 10% y el 20% del total contratado (también establecieron el número de entregas que deberá hacer el proveedor de acuerdo al monto total del contrato). A partir de ese momento, de acuerdo con sus inventarios y a las cantidades establecidas en el Contrato Único, las Delegaciones y UMAEs generan órdenes de reposición de los bienes y servicios que necesitan. Las órdenes de reposición tienen un periodo de vigencia de 19 días naturales: 15 días para la entrega oportuna y un máximo de 4 días de retraso.

Cuando el proveedor no entrega la orden de reposición dentro del plazo establecido está incumpliendo el contrato. La información sobre el incumplimiento del contrato se almacena en la Bolsa Única de Ofertas (BUO), que es un sistema electrónico donde los proveedores locales

⁸⁶ Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones y Servicios (PBLs), numeral 82; Reglamento de la LAASSP, artículo 39, fracción II, inciso i)

anuncian sus ofertas proporcionando información sobre la cantidad ofertada, el precio unitario y el plazo de entrega, entre otras condiciones.

Previo a realizar la compra a través de la BUO, el Jefe de Servicios Administrativos de las Delegaciones y UMAEs revisa si: a) tiene un segundo o tercer proveedor (esta es la razón principal por la cual el IMSS contrata con el mecanismo de abastecimiento simultáneo), b) existen inventarios que no habían sido contabilizado en otras Unidades Médicas de la Delegación o c) hay inventarios en otras Delegaciones y UMAEs cercanas.

Si ninguna de estas condiciones se cumple, las Delegaciones y UMAEs compran a proveedores locales o regionales a través de la BUO. Cuando no hay ofertas en la BUO y la adquisición del medicamento es urgente, se invita a proveedores con historial en las Delegaciones y UMAEs del IMSS a que realicen una cotización. Si ningún proveedor presenta cotizaciones, las Unidades Médicas lo adquieren mediante una compra emergente. El presupuesto para las compras emergentes está restringido a 2% del Límite Presupuestal Delegacional.

Las compras emergentes también se realizan cuando el evento de adquisición a nivel central se declara desierto y la urgencia del medicamento en las Unidades Médicas es alta. De acuerdo con el Titular de la Coordinación de Control de Abasto,⁸⁷ las claves de medicamentos que resultan desiertas generalmente son siempre las mismas.

Al comparar los precios pagados por las delegaciones y UMAEs para resarcir los incumplimientos con los precios originalmente pactados en la compra centralizada, el IMCO encontró lo siguiente:

Sobreprecio pagado en la compra de incumplimientos a través de la BUO

Con datos del IMSS de la compra 2010 de medicamentos a nivel central y de la compra derivada de sus respectivos incumplimientos a través de la BUO, se encontró que las delegaciones y UMAEs pagan en promedio 4% más por la adquisición de los medicamentos en comparación con el nivel central. Del total de la muestra analizada (722 medicamentos), el 51% se adquirió con sobreprecio y el mayor sobreprecio pagado fue de 333%.

Sobreprecio pagado en la compra de incumplimientos a través de compras emergentes

Con información de las compras emergentes que realizaron las Unidades Médicas de las diferentes Delegaciones entre enero y agosto de 2011 y con datos de la compra consolidada a nivel central 2011⁸⁸, analizamos el sobreprecio pagado en compras emergentes derivadas de incumplimientos de contrato. De un total de 1,158 claves de medicamentos:

⁸⁷ Entrevistas realizadas el 20 de julio y 24 de agosto de 2011.

⁸⁸ IMCO no contó con la base de compras emergentes de 2010, únicamente con la de enero-agosto 2011. Por esta razón, se realizó el análisis de compra a través de la BUO para 2010 y el de compras emergentes para 2011. A pesar de que el análisis de las compras a través de los 2 mecanismos no es comparable, es una buena aproximación para entender el sobreprecio pagado en la BUO contra el pagado en compras emergentes.

- 27% ó 313 claves se compraron tanto a nivel central como a través del esquema de compras emergentes,
- 58% ó 669 se compraron a nivel central y no se requirió ninguna compra emergente,⁸⁹
- 15% ó 176 claves se compraron solamente a través de compras emergentes (probablemente estas últimas son las que resultaron desiertas en la adquisición a nivel central).

Para las 313 claves que se compraron tanto a nivel central como a través de compras emergentes, encontramos que el sobreprecio promedio es de 426% (comparado con el sobreprecio de 4% cuando el incumplimiento se compra a través de la BUO). Del total de estas claves, 279 se compraron a un precio mayor en la compra emergente comparado con el precio de la adquisición a nivel central, 32 se compraron a un precio menor, y 2 claves no cuentan con información de precios.

Los datos muestran que cuando hay que solventar los incumplimientos, ya sea a través de la BUO o a través de la figura de la compra emergente, las Delegaciones y UMAEs y sus unidades médicas, se ven obligadas a realizar compras que generalmente resultan más caras que si se hubieran surtido según lo establecido en el Contrato Único. El sobreprecio pagado cuando se realizan compras emergentes es sustancialmente mayor que el de las adquisiciones a través de la BUO. En cualquier caso, como el monto designado para requerimiento original de necesidades se convierte en el presupuesto máximo autorizado de cada Delegación y UMAE, éstas generalmente adquieren menos unidades de las planeadas. Por lo tanto, los incumplimientos no sólo impactan en la urgencia de la necesidad, también en la cantidad total de bienes y servicios disponibles en cada unidad médica.

6.3 Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes: Mejoras recientes anteriores a las recomendaciones de la OCDE

Para contar con un sistema eficiente de compra de incumplimientos, en 2009 se creó la BUO. Este sistema permite tener un registro actualizado de las necesidades de las Delegaciones y UMAEs y la publicidad de las ofertas de los proveedores locales y regionales. La BUO está abierta para cualquier proveedor, lo cual incrementa y diversifica la proveeduría del IMSS y transparenta el gasto de compras por incumplimientos. Además, impide que el proveedor que incumple el Contrato Único (el que tiene la misma razón social) oferte a través la BUO el porcentaje del contrato previamente incumplido, excepto si ofrece un precio menor al contratado a nivel central.

Con el uso de la BUO se logró que el costo de los medicamentos recetados en Delegaciones se redujera en promedio de 101.6 millones de pesos en 2008 a 99.9 millones de pesos en 2009, un ahorro de 1.1% por receta, generando un ahorro total de 151.2 millones de pesos. Sin embargo, en las UMAEs el costo unitario de recetas aumentó en promedio de \$1,284 pesos en 2008 a

⁸⁹ Suponemos que no se realizaron compras emergentes ya que no se registraron en la base de datos que nos proporcionó el IMSS.

\$1,333 pesos en 2009, es decir, hubo un incremento de 3.8%, equivalente a \$139.9 millones de pesos. El ahorro neto en todo el sistema fue de 11.3 millones de pesos.⁹⁰

A partir de la reforma a la LAASSP y de la descentralización de la operación de la BUO, las Delegaciones y UMAEs comenzaron a realizar investigaciones de mercado para verificar que los precios ofertados en la BUO se asemejen al precio de la mediana de mercado local o regional. Estas investigaciones de mercado también toman como referencia los PMR establecidos a nivel central. Sin embargo, por la diferencia en volumen requerido, los precios ofertados en la BUO generalmente son superiores a los precios del nivel central.

6.4 Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes: Propuestas de la OCDE y evaluación del seguimiento de las mismas

En términos de las leyes y ordenamientos que rigen las compras en el IMSS, una de las recomendaciones de la OCDE es que se debe fortalecer el marco legal de las penas que se aplican por el incumplimiento parcial del contrato. El reporte recomienda encarecer la decisión estratégica del proveedor de incumplir selectivamente. En IMCO creemos que más que endurecer de forma generalizada el esquema de sanciones, habría que analizar con cuidado las circunstancias de mercado (mismas que mencionaremos más adelante⁹¹) que incentivan a los proveedores a incumplir selectivamente.

El análisis que a continuación presentamos muestra que no hay un patrón de incumplimientos por región y que el incumplimiento tampoco está en función del número de participantes que se presentaron a la licitación. Por lo tanto, la severidad de la sanción debería estar en función del historial de desempeño del proveedor (en cada una de las claves por cada una de las delegaciones y UMAEs) y del número de proveedores en cada uno de los mercados (por claves y por regiones).

Análisis de los incumplimientos por regiones del país:

Los incumplimientos por parte de los proveedores varían de acuerdo a las regiones de entrega (Delegaciones y UMAEs) y los bienes a proveer. Por ejemplo, para la delegación de Coahuila los incumplimientos no son un problema ya que el nivel de eficiencia de los proveedores es del 92%.⁹² En cambio, para la delegación de Puebla, el incumplimiento del Contrato Único es una de las principales problemáticas que enfrenta la Delegación.⁹³ Recientemente, los incumplimientos de las compras consolidadas de bienes terapéuticos se han vuelto comunes, mientras que en los

⁹⁰ Informe de Labores 2009-2010, IMSS.

⁹¹ Ver la sección de Recomendaciones IMCO en este apartado.

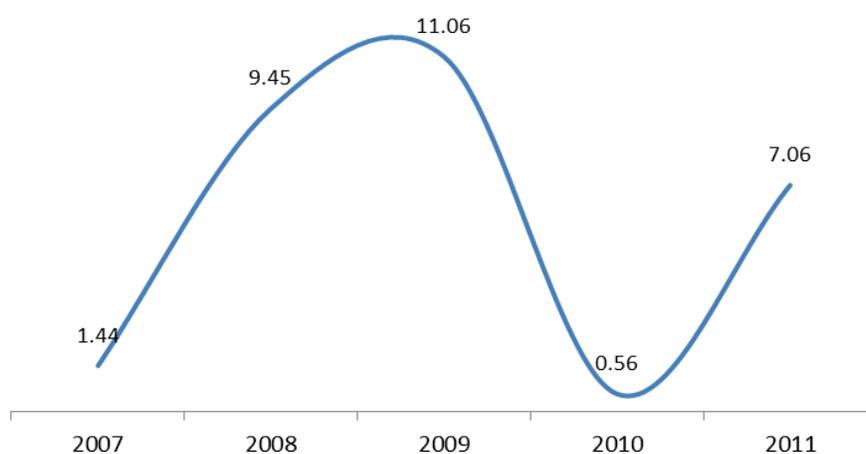
⁹² De acuerdo con el C.P. Sergio Gil Noriega, Jefe de Servicios Administrativos de la Delegación de Coahuila, en videoconferencia realizada el 19 de octubre de 2011. Cabe señalar que de acuerdo con el análisis realizado por IMCO el cumplimiento promedio en 2011 en la Delegación de Coahuila fue de 93%.

⁹³ De acuerdo con la Lic. Marisol Vázquez Hernández, Jefe de Servicios Administrativos de la Delegación de Puebla en videoconferencia realizada el 19 de octubre de 2011. Sin embargo, de acuerdo con el análisis del IMCO, el incumplimiento promedio en 2011 en la Delegación de Puebla fue de 9%, solo 2 puntos porcentuales por encima del promedio del incumplimiento de las delegaciones.

contratos de servicios integrales no sucede lo mismo de acuerdo a lo que nos comentó el personal de la División de Servicios Integrales⁹⁴.

En la base de datos de incumplimientos de contratos de medicamentos de enero de 2007 a agosto de 2011, encontramos que el incumplimiento promedio (en número de medicamentos)⁹⁵ ha ido aumentando en los últimos años, precisamente a partir de la consolidación de la compra. En 2007 el 1.44% de los medicamentos solicitados no fueron entregados, y en el 2011 esta cifra es de 7.06%. Llama la atención que en 2010 el incumplimiento fue menor al 1%⁹⁶.

Gráfica 7. Porcentaje promedio de Incumplimiento en medicamentos 2007- 2011



Fuente: IMCO con base de datos del IMSS

El incumplimiento de las órdenes de medicamentos varía según la delegación o UMAE donde se tenga que realizar la entrega. En la base de datos sobre incumplimientos aparecen 60 entidades en las que los proveedores deben distribuir los medicamentos que solicitan órdenes de reposición: 35 Delegaciones y 25 UMAEs (11 de especialidades, 5 de ginecología, 4 de traumatología, 2 de cardiología, 2 pediátricas y 1 de oncología). El 35% de estas reposiciones son por un valor menor a mil dólares, en cuyo caso la sanción correspondiente es de menos de 100 dólares. Los proveedores ponderan el costo de la sanción contra el costo de distribución. Los proveedores tienen hasta 19 días para surtir y esperan que en este lapso surjan más reposiciones para el mismo punto de distribución. Cuando no logran juntar en una misma entrega las suficientes reposiciones para costear el flete, resulta más conveniente incumplir.

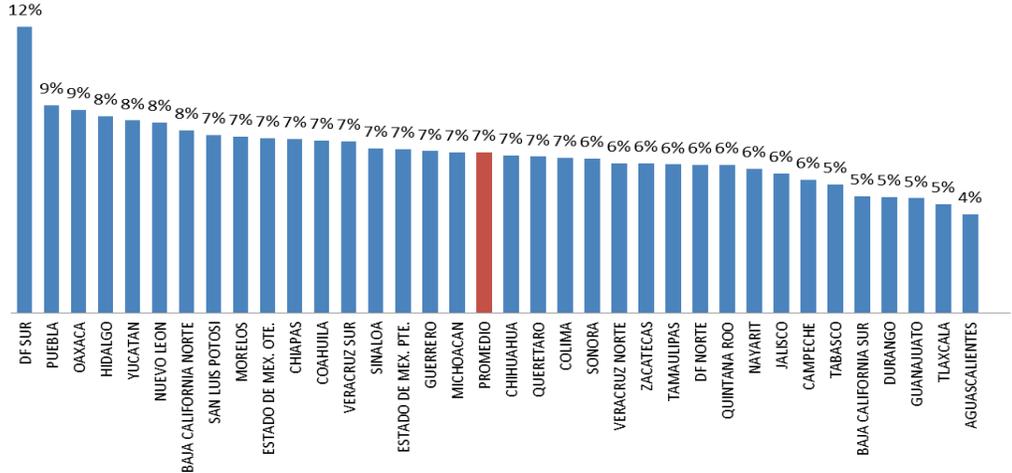
⁹⁴ División de Servicios Integrales, 15 de julio de 2011.

⁹⁵ Incumplimiento promedio se refiere al promedio de los porcentajes de incumplimiento (número de medicamentos no entregados como porcentaje del total de medicamentos solicitados, por cada una de las claves) por año.

⁹⁶ Cabe señalar, que estas bases de datos presentaron algunos errores e información faltante.

En 2011 (de enero a agosto), el incumplimiento promedio por delegación fue de 7%. La Delegación D.F. Sur tuvo el mayor porcentaje de incumplimiento con 12%. En el otro extremo, Aguascalientes fue la delegación con menor porcentaje de incumplimiento (4%).

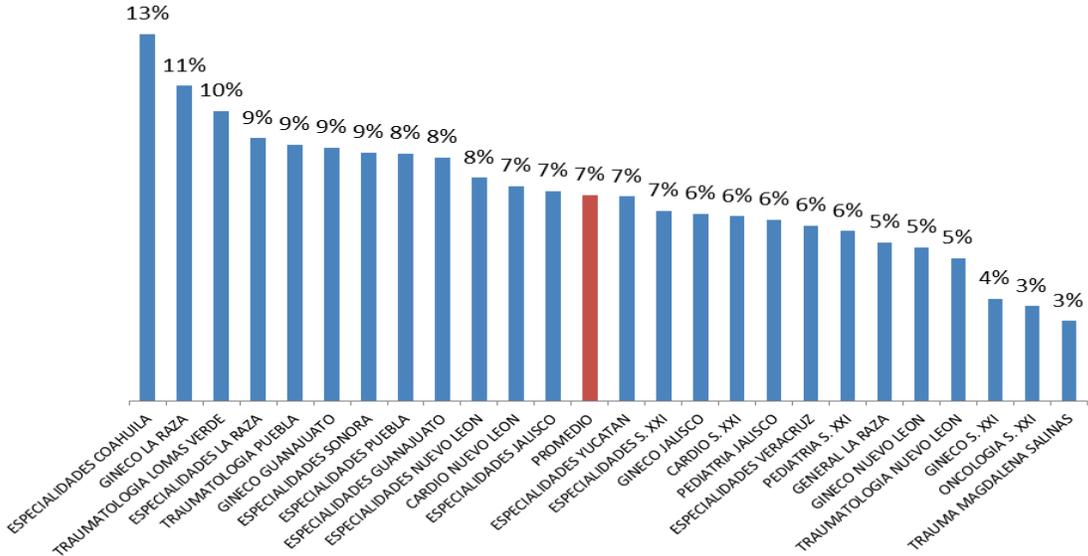
Gráfica 8. Incumplimiento promedio de medicamentos en Delegaciones, 2011



Fuente: IMCO con base de datos del IMSS.

En las UMAEs el incumplimiento promedio también fue de 7% entre enero y agosto de 2011. Especialidades Coahuila tiene el mayor porcentaje de incumplimiento con 13%, en contraste Traumatología Magdalena Salinas presenta un nivel de incumplimiento del 3%.

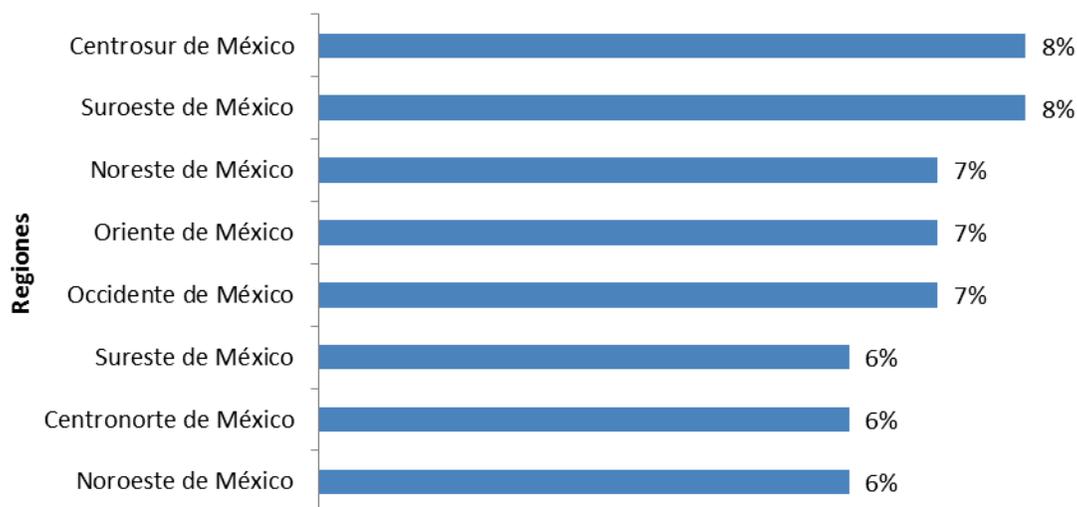
Gráfica 9. Incumplimiento promedio de medicamentos en UMAEs, 2011



Fuente: IMCO con base de datos del IMSS.

Al analizar las delegaciones por región geográfica podemos observar que no hay mucha variación en los niveles de incumplimiento entre una región y otra.⁹⁷ El suroeste y centro sur de México son las dos regiones en las que se presentaron más incumplimientos en 2011 (8%). Lo anterior quiere decir que, contrario a lo que normalmente se piensa, la accesibilidad o geografía de la región no es un factor explicativo de la entrega incompleta de los medicamentos.⁹⁸ Las regiones sureste, centro norte y noroeste de México tienen incumplimientos promedio de 6%.

Gráfica 10. Incumplimiento promedio de medicamentos por región, 2011



Fuente: IMCO con base de datos del IMSS.

A pesar de que en las entrevistas realizadas por el IMCO al personal del IMSS se mencionó que los proveedores tienen incentivos a incumplir estratégicamente en ciertas regiones (las que cuentan con menos infraestructura para la distribución de los bienes), no tenemos suficiente evidencia de que esto ocurra.

Análisis de los incumplimientos por tipo de bien

Como se mencionó anteriormente, durante 2011 el incumplimiento promedio en medicamentos fue de 7.06%. Esto quiere decir que de los 506, 015,605 medicamentos solicitados a nivel central,

⁹⁷ Las regiones se definieron de la siguiente forma: *Noreste de México*: Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas; *Noroeste de México*: Baja California Norte, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa, Sonora; *Occidente de México*: Colima, Nayarit, Michoacán, Jalisco; *Oriente de México*: Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Veracruz Sur, Veracruz Norte; *Centro-norte de México*: Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas; *Centro Sur de México*: DF Sur, DF Norte, Estado de México Oriente, Estado de México Poniente, Morelos; *Sureste de México*: Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán; *Suroeste de México*: Chiapas, Guerrero, Oaxaca.

⁹⁸ Debido a que la región suroeste es la menos accesible (Chiapas, Oaxaca, Guerrero) y la región centro sur la de mayor accesibilidad (Distrito Federal, Estado de México, Morelos) y ambas las de mayor incumplimiento, podemos afirmar que el factor geográfico no influye en la entrega de los medicamentos como se podría pensar.

se entregaron 470, 297,299 en las delegaciones y UMAEs. En este mismo año, se adquirieron 721 claves de medicamentos. Para el 28% de éstos (202 medicamentos), los proveedores cumplieron con el 100% de las órdenes solicitadas. Entre el 72% de los medicamentos incumplidos, 20% presenta un incumplimiento menor al 1% del total solicitado. En 2% del total de los medicamentos, se incumplió más del 50% de la orden.

Las órdenes con mayor incumplimiento en el 2011 son:

Cuadro 6. Medicamentos con mayor porcentaje de incumplimiento, 2011

Clave	Medicamento	Porcentaje de incumplimiento			Cantidad solicitada 2011	Cantidad incumplida 2011	Licitantes 2011
		2009	2010	2011			
010 000 0872	Clioquinol (Yodoclorohidroxiquinol eina). Crema, cada g contiene: Clioquinol 30 mg envase con tubo de 20 g.	13%	1%	98%	670199	654009	*Pego, S. A. de C. V. *Griselda Ramírez Samperio *Comercializadora Farmacéutica Compharma S. A. de C. V. *Ragar, S. A. de C. V.
010 000 0022	Caseinato de calcio. Polvo. Cada 100 g contienen: proteínas 86.0 a 90.0 g. Grasas 0.0 a 2.0 g. Minerales 3.8 a 6.0 g. Humedad 0.0 a 6.2 g. Lata con 100 g.	9%	0%	96%	400157	384158	*República farmacéutica, S. A. de C. V. *Dibiter, S. A. de C. V.
010 000 1906	Bromocriptina. Tabletas ranuradas. Cada tableta contiene: Mesilato de Bromocriptina equivalente a 2.5 mg de Bromocriptina.	12%	0%	96%	199054	190176	*Griselda Ramírez Samperio
010 000 3461	Azatioprina. Tabletas. Cada tableta contiene: Azatioprina 50 mg.	9%	0%	88%	159514	141027	*Lemery S. A. de C. V.
010 000 4366	Etofenamato. Solución inyectable. Cada ampolla contiene: Etofenamato 1 g. Envase con una ampolla de 2 ml.	0%	0%	79%	882	699	*Selecciones médicas del centro. S. A. de C. V.

Fuente: IMCO con base de datos del IMSS.

En la tabla se puede observar el aumento en el tiempo del incumplimiento de estos medicamentos. También se muestra que los medicamentos con mayor incumplimiento de contrato no dependen sistemáticamente del tamaño de la proveeduría, es decir, del número de competidores que se presentaron en la licitación. Hay casos como el del “Clioquinol” con cuatro oferentes, y otros como el del “Etofenamato” con tan solo un licitante.

En esta etapa del proceso de compras, además de aumentar la severidad de las sanciones, la OCDE recomendó mayor consolidación. Como mencionamos en la sección 3.5 “Investigaciones de mercado: Recomendaciones IMCO”, existe la oportunidad de que las Delegaciones y UMAEs consoliden por regiones las compras derivadas de los incumplimientos del Contrato Único. Generalmente los proveedores locales tienen redes de distribución regional. Al consolidar por volumen este tipo de compras, posiblemente se conseguirían mejores condiciones: tiempos de entrega más cortos y precios más bajos. Actualmente la Coordinación de Control de Abasto tiene planeado propiciar que las compras locales que son consecuencia de claves desiertas e incumplimientos, se consoliden regionalmente.

Al analizar la base datos de las compras realizadas por las delegaciones y UMAEs a través de la BUO, encontramos que hay coincidencias en la proveeduría (misma razón social) entre estados que conforman una región geográfica. A continuación algunos ejemplos:

En una zona del sureste del país, conformada por la Delegación Yucatán, UMAE Yucatán Especialidades, Delegación Campeche y Delegación Quintana Roo puede observarse que en 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. Como se puede observar en la siguiente tabla, las tres delegaciones de la zona compran “Pioglitazona” con el mismo proveedor pero a un precio distinto.

Cuadro 7. Compra de “Pioglitazona” en las delegaciones de una de las zonas del sureste del país

Delegación	Gpo	Gen	Esp	Proveedor	Cantidad solicitada	Precio unitario (pesos)
Quintana Roo	010	000	4149	Farmaceuticos Maypo, S. A. de C. V.	3145	135
Yucatán	010	000	4149	Farmaceuticos Maypo, S. A. de C. V.	1454	118
Campeche	010	000	4149	Farmaceuticos Maypo, S. A. de C. V.	242	135

En una de las zonas del norte del país, conformada por Coahuila, Nuevo León y las UMAEs de estos dos estados, la posibilidad de conseguir mejores condiciones al consolidar las compras de incumplimientos es mayor. El 66% de las compras delegacionales realizadas por medio de la BUO de Nuevo León y Coahuila se hacen con el mismo proveedor. Por lo tanto, dos terceras partes del total de estas compras se podrían consolidar. Para el caso de algunos medicamentos comprados desde las UMAEs, la posibilidad de consolidar las compras junto con las delegaciones de la región es más restringida. Mientras que la UMAE Nuevo León de Cardiología y Ginecobstetricia compra el 66% de sus incumplimientos con los mismos proveedores de las delegaciones, la UMAE Coahuila

Especialidades sólo compra el 31% de sus incumplimientos con los mismos proveedores del resto de la zona.

El siguiente cuadro muestra la compra de “Aciclovir” de las delegaciones y UMAEs de una de las zonas norte del país:

Cuadro 8. Compra de “Aciclovir” en las delegaciones de una de las zonas norte del país

Delegación	Clave			Proveedor	Cantidad solicitada	Precio unitario (pesos)
	Gpo	Gen	Esp			
Coahuila	010	000	4263	Soporte Médico Integral, S.A. de C.V.	1599	11
UMAЕ Nuevo León Traumatología y Ortopedia	010	000	4263	Soporte Médico Integral, S.A. de C.V.	3	38
Nuevo León	010	000	4263	Bioma farmacéutica, S.A. de C.V.	2146	22
UMAЕ Nuevo León Especialidades	010	000	4263	Bioma farmacéutica, S.A. de C.V.	256	22

En el cuadro se observa que Coahuila compró el medicamento a un precio unitario de 11 pesos, mientras que la UMAЕ Nuevo León Traumatología y Ortopedia lo compró con el mismo proveedor a 38 pesos por unidad (cabe señalar que únicamente demandó 3 unidades). Si consolidaran esta compra, la UMAЕ de Nuevo León seguramente hubiera pagado menos por unidad. El cuadro también muestra que Nuevo León y la UMAЕ de Especialidades compraron el medicamento con el mismo proveedor al mismo precio a pesar de que la Delegación compró 8 veces lo de la UMAЕ. Si hubieran consolidado su compra, probablemente el precio para ambas sería menor al pagado (de 22 pesos).

Finalmente, en una de las zonas del centro del país, conformada por Puebla, Tlaxcala y Oaxaca⁹⁹, encontramos que hay una gran disparidad en el porcentaje de compras que se realiza con los mismos proveedores. Mientras que en Tlaxcala el 80% de las compras se realiza con el mismo proveedor de al menos una de las otras delegaciones o UMAEs, este número es de 70% en Puebla, 69% en Oaxaca y 50% en la UMAЕ Puebla Especialidades.

⁹⁹ La conformación de las regiones se eligió con base en la práctica de las delegaciones (Yucatán, Coahuila y Puebla). Esta información se obtuvo en videoconferencia con los Jefes de Servicios Administrativos de las delegaciones (19 de octubre de 2011) a quienes se les preguntó con qué otras delegaciones se ponían en contacto para intercambiar información sobre la proveeduría.

El siguiente cuadro muestra la compra de “Estrógenos conjugados” de estas delegaciones. En este caso se puede observar que las tres delegaciones compran el mismo medicamento con el mismo proveedor. Nuevamente, si consolidaran el volumen en una misma compra, probablemente conseguirían mejores precios.

Cuadro 9. Compra de “Estrógenos conjugados” de las delegaciones en una de las zonas del centro del país

Delegación	Gpo	Gen	Esp	Razón social	Cantidad solicitada	Precio unitario (pesos)
Tlaxcala	010	000	1501	Mesalud, S.A. de C.V.	66	98
Puebla	010	000	1501	Mesalud, S.A. de C.V.	1191	95
Oaxaca	010	000	1501	Mesalud, S.A. de C.V.	203	98

6.5 Incumplimientos, sanciones por incumplimientos y compras emergentes: Recomendaciones del IMCO

La visión de los funcionarios del IMSS (obtenida durante las entrevistas que realizó el IMCO para elaborar el presente estudio), el reporte de la OCDE y el análisis antes presentado, coinciden en que los incumplimientos no son sistemáticos; es difícil encontrar patrones. Al parecer, los incumplimientos son circunstanciales, pueden derivarse desde la falta de suministro de las materias primas hasta un cambio en los incentivos de los proveedores para cumplir oportunamente con el IMSS. A continuación presentamos tres razones que podrían explicar este comportamiento de los incumplimientos. Creemos que el IMSS debería revisar estos temas para poder articular un plan de acción frente a los incumplimientos:

(1) Incertidumbre del proveedor frente al Contrato Único:

Para un proveedor, el contrato con el IMSS es riesgoso por varias razones. En primer lugar, la cantidad total solicitada no siempre se ajusta a la estipulada en el contrato. Al inicio del ciclo de compra, el IMSS sabe que cuenta con al menos el 40% del presupuesto para cumplir con el contrato (establecido en la Convocatoria), aunque no tiene asegurado un porcentaje mayor a este. También en los contratos se establece una cantidad mínima y una máxima a demandar, sin que el proveedor sepa con certeza cuántas unidades deben fabricarse para proveer al Instituto. De acuerdo con uno de los grandes proveedores del IMSS, PISA¹⁰⁰, del total de los contratos al año, el IMSS cumple con la cantidad establecida en el contrato para el 50% de los casos (para la otra mitad solicita cantidades por arriba o por debajo de las establecidas en el contrato). Esto hace que

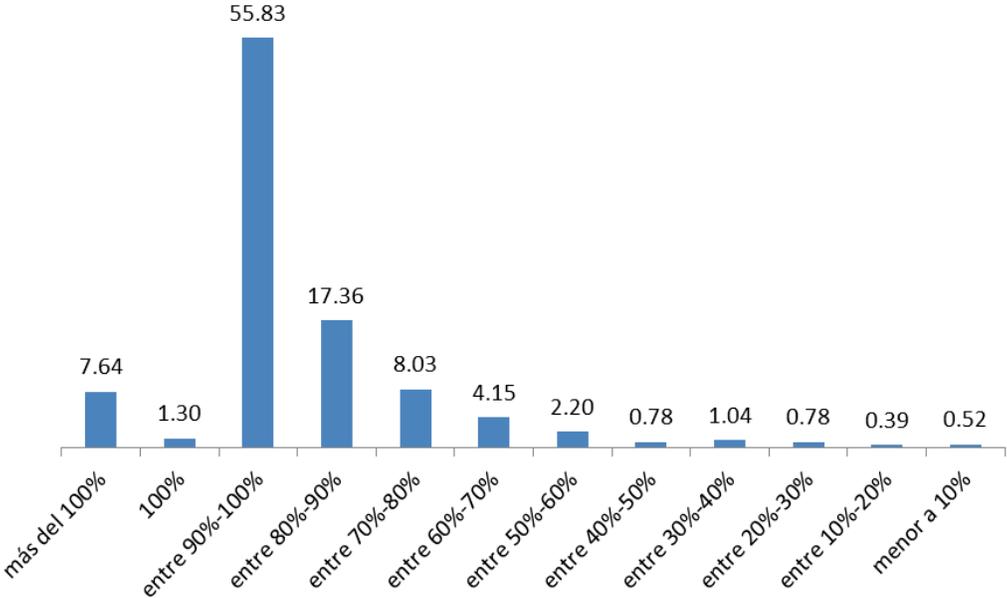
¹⁰⁰ Entrevista con Orlando Aguirre Martínez, Gerente de Ventas Gobierno de PISA, 29 de noviembre de 2011. PISA le vendió al IMSS más de 1% del total del valor de las compras de medicamentos en 2011, y actualmente vende al IMSS alrededor de 200 productos.

la eficiencia en la predicción de este proveedor sea de máximo 50%. A esto se suma que el sector público compra los medicamentos entre 40% y 60% por debajo del precio al que compra un hospital privado.¹⁰¹ La suma de ambas circunstancias hace que cuando el volumen demandado por el sector privado es atractivo (por ejemplo, del 20% del total del contrato del IMSS) existe un incentivo para que los proveedores incumplan una parte del contrato del IMSS y oferten dicha parte al sector privado.

De acuerdo con estimaciones del IMCO con base en datos del IMSS de 2010, la promesa de compra del contrato coincidió al 100% con la cantidad total solicitada para 1.3% del total de claves de medicamentos adquiridas en dicho año. Esto es, para 10 contratos de un total de 772 analizados, el IMSS solicitó al proveedor la misma cantidad que pactó al realizar el contrato (la eficiencia de predicción fue del 100%). Para el 56% de los casos, la eficiencia de predicción del contrato fue mayor al 90%. Cabe señalar, que para 7.6% del total de medicamentos, la cantidad solicitada fue mayor a la cantidad contratada. Esto quiere decir que para casi 60 contratos, el IMSS pidió a los proveedores entregar un número mayor de unidades a las pactadas originalmente.

La siguiente gráfica muestra la distribución de los contratos de acuerdo al porcentaje del contrato solicitado por el IMSS en 2010.

Gráfica 11. Cantidad solicitada como porcentaje de la cantidad contratada o promesa de compra (las cifras indican el porcentaje del total de medicamentos comprados bajo cada categoría)



Fuente: IMCO con datos del IMSS.

¹⁰¹ Entrevista con el área de abasto del hospital ABC, 19 de agosto de 2011 y Funsalud (2011)

(2) Incertidumbre del proveedor frente a la promesa de pago del IMSS (pagos vencidos con proveedores):

De acuerdo con la experiencia de los proveedores y con los testimonios de los funcionarios del IMSS, el Instituto generalmente no paga a tiempo a los proveedores. Ello podría repercutir en mayores incumplimientos de contrato. Cuando un proveedor entrega la primera orden de reposición y el IMSS no le paga a tiempo, o peor aún, no le ha pagado el monto de la primera orden de reposición al momento de pedirle la segunda orden, el incentivo para el proveedor de entregar esta segunda orden (de forma oportuna) disminuye. Sin embargo, aun si el IMSS no ha pagado, si el proveedor incumple con la segunda orden de reposición es sancionado y puede ser inhabilitado de acuerdo al número de faltas que presente.

Cabe señalar, que ante los pagos vencidos por parte del IMSS, los proveedores deben acudir al área de conciliación del OIC para que este lo resuelva, antes de acudir a un tribunal para demandar al IMSS por incumplimiento de contrato. De acuerdo con el Titular del OIC¹⁰², del total de casos que llegan al órgano conciliador en materia de pagos vencidos e incumplimiento de contrato, 70% de los asuntos son conciliados con pagos al proveedor, 20% se concilian con un convenio y solo 10% se van ante un tribunal.

A continuación presentamos un breve análisis de la situación de los pagos vencidos del IMSS con los proveedores al primero de septiembre de 2011:

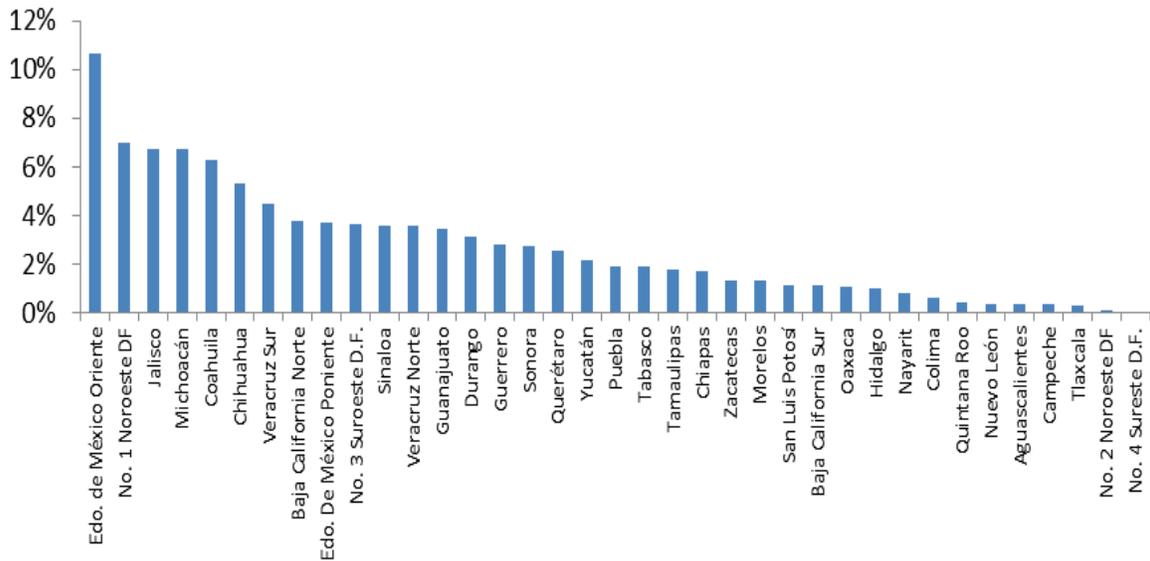
El monto total de pagos vencidos de todas las compras del IMSS a nivel central y delegacional es de casi 1,300 millones de pesos. Alrededor de 40% del monto total de pagos vencidos corresponde a cuentas a cargo de la Coordinación de Control del Abasto, y la mitad de este se deriva del Contrato Único, a través del cual se compra el 95% de los medicamentos.¹⁰³

La Delegación con mayor problemática de pagos vencidos es el Estado de México Oriente, con 10.6% del total de pagos vencidos de todas las delegaciones. La Delegación con menor problemática es la del Sureste del D.F. con 0.02% del total de pagos vencidos de las delegaciones.

¹⁰² Entrevista con el Lic. Eduardo Jesús Viesca de la Garza, Titular del Órgano Interno de Control en el IMSS, con dependencia jerárquica y funcional de la Secretaría de la Función Pública. 25 de noviembre de 2011.

¹⁰³ Con información de la Unidad de Administración, IMSS. Presentación: "Situación de Pagos Vencidos, 25 de julio 2011".

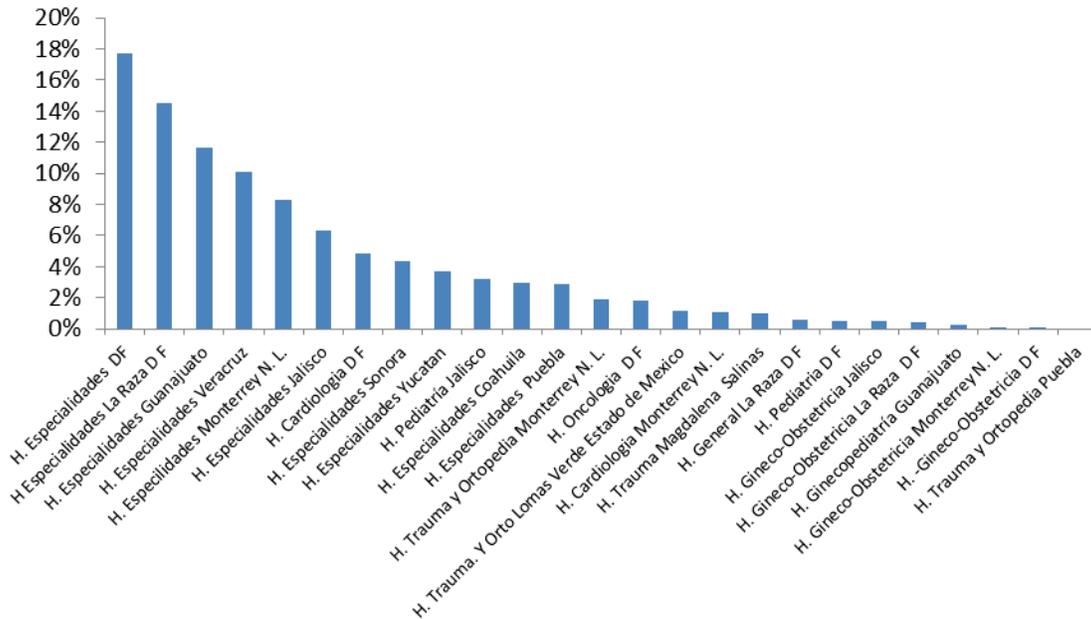
Gráfica 12. Número de pagos vencidos como porcentaje del total en las Delegaciones



Fuente: IMCO con datos del IMSS.

Por otro lado, la UMAE con mayor problemática de pagos vencidos es la de Especialidades del D.F. Ésta concentra el 17.7% del total de pagos vencidos de las UMAEs. En cambio, la Unidad Médica de Trauma y Ortopedia de Puebla presenta cero pagos vencidos.

Gráfica 13. Número de pagos vencidos como porcentaje del total en las UMAEs



Fuente: IMCO con datos del IMSS.

A pesar de que el monto total de pagos vencidos del nivel central, delegaciones y UMAEs es alto, representa el 5% del total de medicamentos adquiridos en el 2011. Para disminuir dicho monto, el Instituto ha realizado ciertas acciones como la redistribución de coberturas de contratos únicos, la asignación presupuestal de 2,100 millones de pesos para cubrir nuevas contrataciones y la asignación de 400 millones de pesos para el abatimiento de pagos vencidos generados por contrato único. Estas acciones han resultado benéficas ya que la disminución en los pagos vencidos, al comparar septiembre de 2010 con el mismo mes en 2011, es de 5%.

Por otra parte, como un plan a futuro para controlar los pagos vencidos del Instituto, el IMSS solicitó poder ejercer el presupuesto que proviene de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) a la mitad o a fin de año para poder pagar en tiempo y forma a los proveedores. Esto se ha propuesto en lugar de que el presupuesto que no fue contemplado inicialmente se quede congelado y se convierta en subejercicio del presupuesto asignado por la federación (lo cual reduce el presupuesto del siguiente año).

(3) Sistema de distribución de los bienes terapéuticos

Los términos y condiciones de las órdenes de reposición, entre éstos los volúmenes a proveer, los periodos establecidos para ello y especialmente la distribución de los bienes en cada una de las delegaciones y UMAEs, son complicados para los distribuidores pequeños y medianos. Actualmente los proveedores tienen que distribuir los bienes terapéuticos en cada uno de los almacenes delegacionales o jurisdiccionales (en total son 60 puntos de distribución). Esto se establece en los términos y condiciones de las convocatorias. Los grandes distribuidores tienen redes de distribución desarrolladas y mayor capacidad de almacenamiento (de los bienes que se fabricaron pero que aún no han sido solicitadas por el IMSS mediante las órdenes de reposición). Este no es el caso de los pequeños y medianos proveedores, que en su mayoría tienen alcance regional o local.

Recomendamos que se lleve a cabo 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).

III. Conclusiones

Desde 2007 el IMSS comenzó a adoptar las mejores prácticas internacionales en compras públicas. Entre estas, la centralización de las compras de bienes terapéuticos, la utilización de las ofertas subsecuentes de descuento (o subastas en reversa), la elaboración de investigaciones de mercado, establecer una relación con la SFP para que los orientara con la estrategia de las compras y la implementación del programa de testigos sociales.

El acuerdo que el IMSS firmó con la OCDE en enero de 2011 y que evaluamos a lo largo del presente documento, es un esfuerzo más que no sólo sirve para adoptar las mejores prácticas internacionales, sino para institucionalizarlas. La formalización del acuerdo impone la pauta para que otras entidades públicas, entre estas, PEMEX y CFE, los dos más grandes compradores de México, adopten las mejores prácticas internacionales como lo está haciendo el IMSS. El acuerdo también establece continuidad de las prácticas transformadoras, ya que al institucionalizarlas fomenta que la siguiente administración del Instituto, que entrará con el próximo gobierno el 1 el diciembre de 2012, también las implemente.

A pesar de que el IMSS ha avanzado en la adopción de las mejores prácticas de compras públicas, aún le falta camino por recorrer. Como mostramos en este documento, de las 23 recomendaciones de la OCDE que caen en el terreno de acción del IMSS (esto es, en las que no se requiere una reforma a la LAASSP para llevarlas a cabo), hay 8 que el IMSS aplicaba previo al acuerdo, 3 que comenzó a aplicar a raíz del acuerdo, 7 que tiene planeado implementar en los siguientes ciclos de compras y 5 más que decidió no aplicar para no arriesgar la estabilidad del proceso de suministro de los bienes y servicios que compra (Ver Cuadro 10).

Cuadro 10. Clasificación de los 23 lineamientos de la OCDE de acuerdo al nivel de implementación

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)				

Finalizamos este documento con una serie de recomendaciones que elaboramos a lo largo del documento y que consideramos deseables para la agenda del IMSS sobre la adopción de las mejores prácticas de compras públicas.

Recomendaciones del IMCO

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 etapas¹⁰⁴. 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.

¹⁰⁴ La diferencia entre un contrato único y un Convenio Marco es que el primero se realiza en una misma institución (en este caso el IMSS), en cambio el segundo se lleva a cabo entre diferentes dependencias de gobierno.

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).

III. Anexos

Anexo 1. Entrevistas

(a) Entrevistas a funcionarios del IMSS

Lic. Magdalena Leal González, Jefe de División de Bienes Terapéuticos, 5 de junio de 2011.

Lic. Marco Antonio López González, Titular de la Subdivisión de Investigación de Mercados, 15 de julio y 3 de noviembre de 2011.

Lic. Ivonne Selene Santaella, Jefe de División de Servicios Integrales, 15 de julio de 2011.

Lic. Alfonso Rodríguez Manzanedo, Titular de la Coordinación de Control de Abasto, 20 de julio y 24 agosto de 2011.

Dr. José Luis Estrada Aguilar, Jefe de la División Institucional Cuadros Básicos de Insumos para la Salud, 20 de julio de 2011.

Lic. Eric René Soto de León, Titular de la División de Eficiencia de Procesos del Abasto y Suministro, 20 de julio de 2011.

Ing. Mario Ohrstron y C. Hugo Reyes en representación de Lic. Mauricio Mireles Poulat, Titular de la Unidad de Personal, agosto de 2011.

Dr. Eduardo González Pier, Director de Finanzas, 23 agosto de 2011.

Lic. María Elena Mondragón Galicia, Titular de la Coordinación de Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios, 23 agosto de 2011.

Lic. Alejandro Gogaín Sayún, Titular de la Coordinación de Servicios Generales, 23 agosto de 2011.

Mtro. José Luis Romo Cruz, Jefe de la Oficina de Planeación / Coordinador de Asesores del Director General, 25 agosto de 2011.

Lic. Carmen Zepeda Huerta, Ex titular de la Unidad de Administración, 26 agosto de 2011.

Videoconferencia con Delegación Yucatán, 19 octubre de 2011:

- Ing. Eduardo Sánchez Rangel, Jefe de Servicios Administrativos
- Dr. Felipe Manuel Alonso Vázquez, Jefe de Prestaciones Médicas

Videoconferencia con Delegación Puebla, 19 octubre de 2011:

- Lic. Marisol Vázquez Hernández, Jefe de Servicios Administrativos
- Dr. Eduardo Ramón Morales Hernández, Jefe de Prestaciones Médicas

Videoconferencia con Delegación Coahuila, 19 octubre de 2011:

- C.P. Sergio Gil Noriega, Jefe de Servicios Administrativos
- Dr. Juan Francisco Irizar López, Jefe de Prestaciones Médicas

Mtro. Daniel Karam Toumeh, Director General, 27 de octubre de 2011.

Lic. Ramón Martín Ochoa Velarde, Coordinador Técnico de Contratos e Investigación de Mercados, 3 de noviembre de 2011.

Lic. Patricia Morales, Titular de la División de Investigación de Mercado, 3 de noviembre de 2011.

Lic. Eduardo Viesca, Representante del Órgano Interno de Control del IMSS, 25 de noviembre de 2011.

(b) Entrevistas a externos relacionados con las áreas de adquisiciones del IMSS

Dr. Fiorenzo Bovenzi, Economista Senior de División de Competencia de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), 5 de julio de 2011.

Dr. Paolo Benedetti, Director General de Enlace, Comisión Federal de Competencia, 5 de julio de 2011.

Lic. Serge Brachet, Socio fundador y Gerente de la Oficina de México de Aklara, 28 de julio de 2011.

Dr. Eduardo Bojórquez, Director Ejecutivo de Transparencia Mexicana y Fundación Este País, 3 agosto de 2011.

Mtro. Ricardo Haneine, Socio Directo AT Kearney México, 18 agosto de 2011.

Carlos Gutiérrez, Director Corporativo de Recursos Materiales, Centro Médico ABC, 19 agosto de 2011.

Lic. Samuel Vázquez, Ex Director de Estudios y Concentraciones, Comisión Federal de Competencia, 29 septiembre de 2011.

Dr. Ernesto Estrada González, Subdirector de Administración y Finanzas, PEMEX Exploración y Producción, antes Director de Estudios Económicos de la Comisión Federal de Competencia, 20 de octubre de 2011.

Lic. Rogelio Aldaz Romero, Director General de Controversias y Sanciones en Contrataciones Públicas, Secretaría de la Función Pública, 20 de octubre de 2011.

Lic. Alejandro Luna Ramos, Titular de la Unidad de Normatividad de Contrataciones Públicas, Secretaría de la Función Pública, 20 de octubre de 2011.

Orlando Aguirre Martínez, Gerente de Ventas de Gobierno PISA, 29 de noviembre de 2011.

Anexo 2. Esquemas de presentación de propuestas de acuerdo a la LAASSP

Presencial	Electrónica	Mixta
<p>1. Los licitantes pueden presentar exclusivamente sus proposiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En forma documental y por escrito, y</i> • <i>En sobre cerrado, durante el acto de presentación y apertura de proposiciones, o bien</i> • <i>Mediante el uso del servicio postal o de mensajería, si se prevé en la convocatoria.</i> <p>2. La o las juntas de aclaración, de presentación y apertura de proposiciones y el acto de fallo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizarán de manera presencial y pueden asistir los licitantes, y/o • El fallo puede notificarse por escrito, sujetándose o conteniendo las disposiciones que se indican en el artículo 37 de la LAASSP 	<p>1. Exclusivamente se permite la participación a través de Compra Net.</p> <p>2. Se deben utilizar medios de identificación electrónica.</p> <p>3. Los documentos correspondientes y/o las proposiciones, producen los efectos que las leyes otorgan.</p> <p>4. La junta de aclaración, de presentación y apertura de proposiciones y el acto de fallo, se realizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sólo a través de CompraNet.</i> • <i>Sin la presencia de los licitantes</i> 	<p>1. Los licitantes en su elección, pueden participar en las juntas de aclaración, el acto de presentación y apertura de proposiciones y el acto de fallo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En forma presencial o en forma electrónica.</i>

Fuente: Héctor Mateo Infante Meléndez, *Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios del Sector Público* (Toluca, Instituto Nacional de Administración Pública, A.C (INNP): 141)