

Investigación

POLÍTICAS DE SALUD Y COMPRAS CONSOLIDADAS DE MEDICAMENTOS

Enrique Martínez Moreno

Cofundador y Director General del Instituto de Investigación e Innovación Farmacéutica, A. C., desde 2006. Es economista por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y es MBA por la Universidad de las Américas. Tiene especialidades en farmacoeconomía y acceso a Instituciones de gobierno
E-mail: emtz@investigación-farmaceutica.org

José Carlos Ferreyra López

Presidente del Instituto de Investigación e Innovación Farmacéutica, A.C., desde 2006. Es graduado del programa MBA Certificate por parte del Tulane University. Es experto en ley de adquisiciones, procesos de compra gubernamentales, accesos, cuadros básicos, y sistema de salud en México
E-mail: jcferreyra@investigacion-farmaceutica.org

Carlos A. Cano García

Director de Producción y Análisis del Instituto de Investigación e Innovación Farmacéutica, A. C. desde 2015. Es economista egresado de la UAM y tiene posgrados en farmacoeconomía, acceso y ventas a Instituciones de gobierno con énfasis en medicamentos. Ha colaborado en diversos estudios de carácter económico y de investigación de mercados
E-mail: ccano@investigacion-farmaceutica.org

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo caracterizar el comportamiento de las compras consolidadas de medicamentos (CC), como estrategia de las políticas públicas de salud más importantes de los últimos años para lograr la contención de gasto desde 2013. Además, se propone conocer si se ha logrado la eficiencia en el gasto que garantice la cobertura de las necesidades de la población. Para ello busca medir la eficiencia del gasto público (Ψ) en medicamentos a través de definir tres metas: 1). "Índice de cobertura de las CC" (Θ). 2). "Índice de Eficiencia del Gasto en CC per cápita" (Λ). 3). "Índice Compuesto de Dispersión de Precios" (ξ). Con ello se obtiene el Índice de Eficiencia Global de las CC (Ψ); se hará solo con derechohabientes del IMSS y del ISSSTE debido a su mejor disponibilidad e información. El estudio realiza una evaluación de las compras consolidadas de medicamentos para los años 2013 a 2016, que se proponen como una política pública de salud orientada a la contención del gasto y de esa manera lograr mayor eficiencia presupuestal. Se demuestra que existe un conjunto de deficiencias que sugiere el rediseño y programación del proceso en cada una de sus etapas. Es necesario que las autoridades consideren nuevos criterios para la definición de claves de medicamentos que deben participar y evitar así un número creciente de claves desiertas, compras fuera de consolidadas y de incumplimientos por omisiones de instituciones compradores como de los proveedores.

Palabras clave: gasto público, compras consolidadas, eficiencia global.

Recibido: 12 - 01 - 2017

Aceptado: 22 - 02 - 2017

ABSTRACT

The objective of this study is to characterize the behavior of consolidated purchases of medicines (CC), as a strategy of the most important public health policies of recent years to achieve cost containment since 2013. In addition, it is proposed to know if it has been achieved efficiency in spending that guarantees coverage of the needs of the population. To do this, it seeks to measure the efficiency of public expenditure (Ψ) in medicines by defining three goals: 1. "CC coverage index" (Θ). 2. "Expenditure Efficiency Index in CC per capita" (Λ). 3. "Composite Index of Price Dispersion" (ξ). This results in the Global Efficiency Index of the CC (Ψ); it will be done only with beneficiaries of the IMSS and the ISSSTE due to their better availability and information. The study carries out an evaluation of the consolidated purchases of medicines for the years 2013 to 2016, which are proposed as a public health policy aimed at containing expenditure and thereby achieving greater budgetary efficiency. It shows that there is a set of deficiencies that suggests the redesign and programming of the process in each of its stages. It is necessary that the authorities consider new criteria for the definition of drug codes that must participate and thus avoid an increasing number of empty codes, purchases outside of consolidated and non-compliance due to omissions of purchasing institutions as well as suppliers.

Keywords: public spending, consolidated purchases, global efficiency.

HEALTH POLICIES AND CONSOLIDATED PURCHASES OF MEDICINES

Enrique Martínez Moreno

Co-founder and General Director of the Institute of Research and Pharmaceutical Innovation, A.C., since 2006. He is an economist from the Autonomous Metropolitan University (UAM) and an MBA from the University of the Americas. He has specialties in pharmacoeconomics and access to government institutions

E-mail: emtz@investigación-farmaceutica.org

José Carlos Ferreyra López

President of the Institute for Research and Pharmaceutical Innovation, A.C., since 2006. He is a graduate of the MBA Certificate program from Tulane University. He is an expert in procurement law, government procurement processes, access, basic cadres, and health system in Mexico

E-mail: jcferreyra@investigacion-farmaceutica.org

Carlos A. Cano García

Director of Production and Analysis of the Pharmaceutical Research and Innovation Institute, A.C. since 2015. He is an economist graduated from the UAM and has graduate degrees in pharmacoeconomics, access and sales to government institutions with an emphasis on medicines. He has collaborated in various economic studies and market research

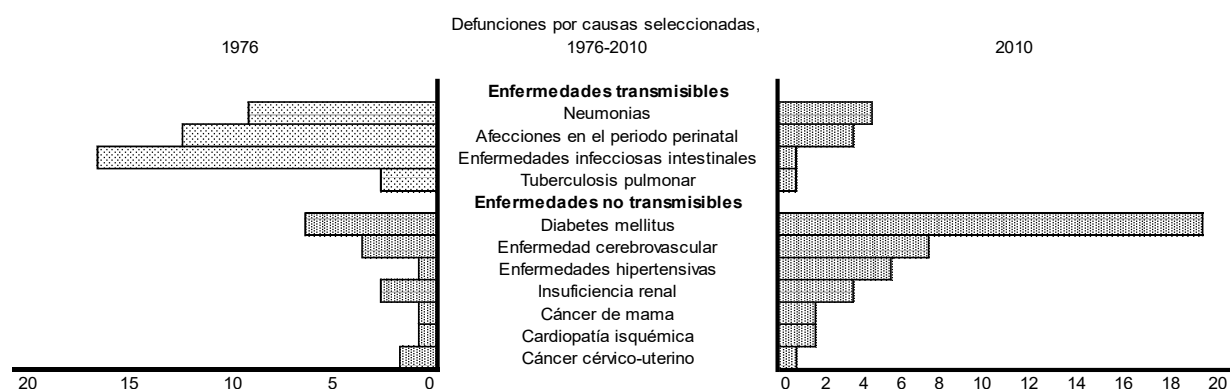
E-mail: ccano@investigacion-farmaceutica.org

1. INTRODUCCIÓN

A través del uso intensivo de la información pública disponible y con una metodología adecuada, es posible caracterizar el comportamiento de una de las políticas públicas de salud más importantes de los últimos años sobre la contención de gasto, como es la compra consolidada de medicamentos entre las instituciones públicas de México a partir del año 2013. El objetivo es conocer si esta política logra la eficiencia en el gasto que garantice la cobertura de las necesidades de la población con una menor erogación.

El gasto en salud ha crecido de manera importante en México y en el mundo, motivado por los cambios relevantes de la morbilidad entre la población, al pasar de las enfermedades infecto-contagiosas, hacia las enfermedades crónico-degenerativas. La gráfica 1 muestra las principales causas de muerte entre 1976 y 2010; enfermedades como la diabetes, insuficiencia renal e hipertensión arterial, propias del síndrome metabólico, ocupan primeros lugares en 2010 respecto a 1976.

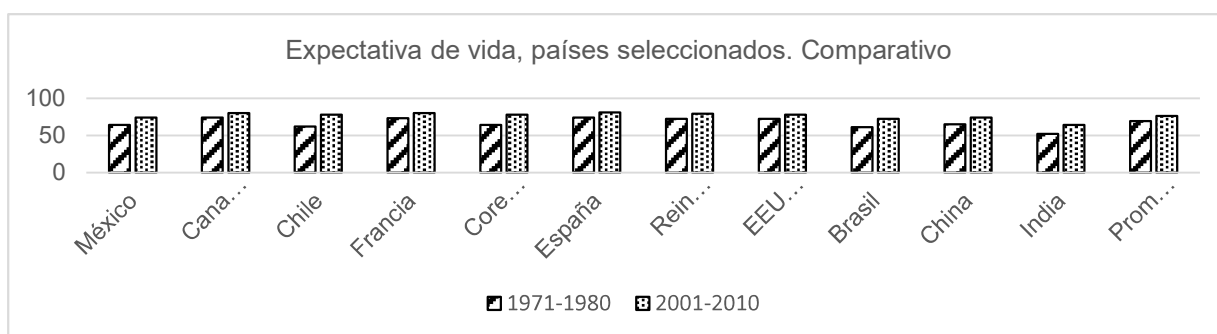
Gráfica 1. Principales causas de muerte, 1976 y 2010



Fuente: Dirección General de Información. www.dgjis.salud.gob.mx

Este cambio en el perfil epidemiológico se relaciona con cambios alimenticios y con una vida más sedentaria, que junto con la innovación en la medicina y en medicamentos, han favorecido a que la expectativa

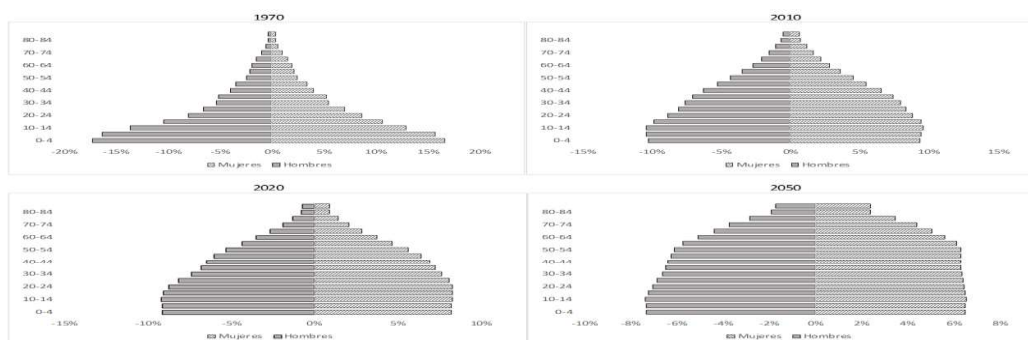
de vida aumente en México; pues ésta pasó de 64 años en promedio en los años 70 del siglo pasado, a 74 años en la primera década del presente siglo (Gráfica 2).

Gráfica 2. Expectativa de vida entre países.

Fuente: OCDE. Health Statistics, 2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
 Nota: el promedio corresponde solo a los países miembros de la OCDE.

El aumento en los años de vida con este tipo de enfermedades ha encarecido la atención a una población de pacientes creciente, particularmente entre la población de 65 años y más, como lo muestra la proyección de población hacia el año 2050, según datos

de los Censos de Población y Vivienda (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Gráfica 3), con un elevado riesgo de inviabilidad financiera para aquellos años (IMSS, 2011).

Gráfica 3 Población de hombres y mujeres por décadas, 1970 a 2050.

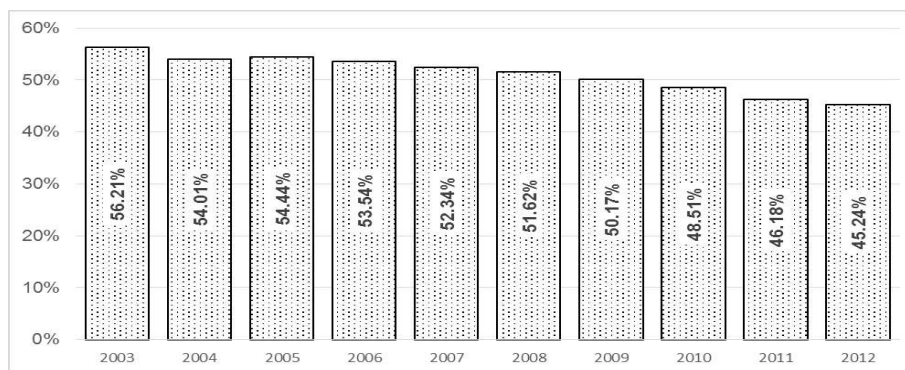
Fuente: Elaboración propia con información de Censos de población (INEGI), Proyecciones de población de CONAPO

Lo anterior ha llevado a redefinir políticas de salud que impulsen a una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos humanos, materiales y financieros, bajo la lógica de que debe de ser el sector público el encargado en atender la salud de su población.

Esta redefinición ocurre tras una serie de condiciones locales e internacionales en la primera década del presente siglo, destacando, entre otras:

- El gasto en salud ha crecido, financiado principalmente por el gasto privado, particularmente el llamado “gasto de bolsillo” en perjuicio de su propia economía, a pesar de lograr una reducción en años recientes. (Gráfica 4).
- El costo de medicamentos en el mercado privado es relativamente alto en México respecto a otros países, lo que refuerza el elevado gasto de bolsillo. (Moïse, P. and E. Docteur, 2007).
- La participación de medicamentos genéricos crece y demanda su regulación para garantizar su seguridad y eficacia a través de pruebas de laboratorio.
- Hay una clara tendencia internacional, promovida por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), donde los gobiernos deben ser los principales responsables del gasto en salud, de manera que se reduzca el gasto de bolsillo. (OCDE, 2005).

Gráfica 4. Gasto privado como porcentaje del gasto total en salud, 2003 – 2012.



Fuente: Elaboración propia con información de la OCDE (<http://stats.oecd.org/>)

Desde 1994 ha ocurrido una serie de reformas que ha impactado la relación entre la oferta y la demanda de medicamentos en México, que se plasman en las propuestas planteadas por la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Salud, A. C. (Secretaría de Salud, 2005 y González Pier E y Barraza Lloréns M, 2011) en las que se plantea una Política Farmacéutica Integral donde la industria y las instituciones colaboren para lograr tres objetivos:

1. Proteger a la población contra riesgos a la salud al evitar o mitigar los riesgos derivados del consumo de medicamentos por sí mismos, así como el efecto resultante del proceso de medicación (prescripción, dispensación y administración del medicamento).
2. Asegurar el acceso efectivo a los medicamentos, de manera que estén disponibles en el mercado y al alcance de los pacientes de manera equitativa y oportuna.
3. Promover la innovación en medicamentos para la población mexicana, lo que significa facilitar la entrada de productos con tecnología novedosa por parte de la industria que respondan de manera efectiva a las prioridades en salud de los mexicanos.

El proceso de compras consolidadas (CC) de medicamentos es una de las políticas públicas de salud de contención del gasto por parte del gobierno federal que ha implementado en años recientes. El objetivo es adquirir grandes volúmenes de medicamentos con pocos procesos de compra que garanticen la cobertura para la población que así lo requiera a un menor precio entre las instituciones públicas convocadas cada año.

Sin embargo, en la praxis han ocurrido una serie de desequilibrios entre la oferta y la demanda que sugieren evaluar si la eficiencia esperada ha ocurrido efectivamente, como ha sido expresado mediáticamente y que se muestra en las siguientes páginas.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivos:

1. Caracterizar las compras consolidadas de medicamentos desde sus fallos hasta sus compras reales.
2. Demostrar que las políticas públicas de CC de medicamentos maximizan la eficiencia del gasto en medicamentos en beneficio de la población mexicana.
3. Demostrar que las CC promueven un entorno competitivo entre los proveedores y que logre el acceso a los bienes terapéuticos en los montos requeridos a precios razonables.

Hipótesis de investigación.

El proceso de las CC de medicamentos contribuye en la eficiencia del gasto público en salud.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente estudio se encuadra en la concepción moderna de las finanzas públicas en su vinculación con la "eficiencia macroeconómica" particularmente en el desarrollo de políticas económicas orientadas a la eficiencia del gasto (Afonso, Schuknecht y Tanzi, 2005) que, en el caso particular del rubro de salud, ha sido remarcado en las últimas dos décadas.

Entre los conceptos que se emplean para el presente documento, destaca el siguiente:

Eficiencia de las CC de medicamentos: adquirir altos volúmenes de medicamentos requeridos por las instituciones públicas de salud a través de un reducido número de procesos de compra a un mismo precio descontado para las instituciones participantes, con el objetivo de garantizar el 100% de cobertura para la población que lo requiera.

Índice compuesto de eficiencia del gasto en compras consolidadas (Ψ): oficialmente no se han señalado objetivos específicos que muestren la eficiencia de las CC, por lo que aquí se propone lo siguiente:

Para obtener Ψ , se consideran tres metas:

1. Cobertura del 100% de las necesidades de la población con los medicamentos requeridos en las CC anualmente.
2. Reducción del gasto en medicamentos por derechohabiente anualmente. Se pretende demostrar que las CC han hecho más asequibles los medicamentos para un número creciente de derechohabientes entre las instituciones más importantes.
3. Reducción en la dispersión de precios año por año, en la medida que éstos son homologados gracias a esta estrategia de compra.

Para evaluar cada una de las metas se proponen los siguientes indicadores:

1. "Índice de cobertura de las CC" (Θ).
2. "Índice de Eficiencia del Gasto en CC per cápita" (Λ).
3. "Índice Compuesto de Dispersión de Precios" (ξ).

Con estos indicadores se deriva el "Índice de Eficiencia Global de las CC" (Ψ), que permite combinar los resultados de la valoración de cada meta y con ello

conocer el grado de eficiencia de la política bajo estudio de manera conjunta.

La obtención de cada uno de estos indicadores se detalla en el anexo metodológico. De forma abreviada, se espera que Ψ para cada año (j) en donde se registran las CC debe ser igual a 1, es decir:

$$\Psi_j = \theta_j \times \Lambda_j \times \xi_j \quad (1)$$

$$\text{Si } \theta_j, \Lambda_j, \xi_j \cong 1 \therefore \Psi_j \cong 1 \quad (2)$$

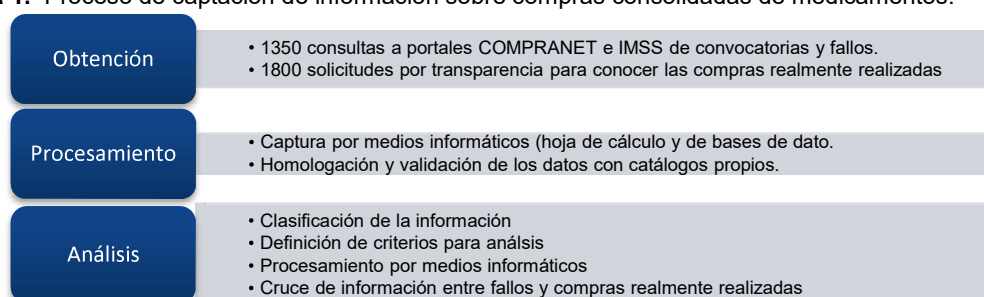
En caso contrario, si $\Psi_j \neq 1$ sugiere la existencia de deficiencia en el proceso de las CC en cualquiera de los tres indicadores o en su combinación.

Se propone una gráfica de radial de un triángulo equilátero en caso de que ocurra lo señalado en la notación (2).

3. METODOLOGÍA

El esquema 1 resume la metodología empleada en este estudio.

Esquema 1. Proceso de captación de información sobre compras consolidadas de medicamentos.



Fuente: Elaboración propia.

4. CARACTERIZACIÓN DE LAS CC, 2013-2016

La implementación de las CC dio inicio en el año 2012 para el abasto de 2013, donde el IMSS ha sido la institución convocante y responsable del proceso de las CC, debido al enorme poder de compra que históricamente ha tenido (representa el 45% del mercado público total). Así, el resto de las instituciones obtienen precios descontados de manera importante al agregar su demanda con la del IMSS a través de un número pequeño de licitaciones y tener ahorros en

compras como en gastos administrativos. Debe recordarse que la participación de los oferentes ocurre si ofrecen un descuento de al menos de 0.1% sobre el precio máximo de referencia (PMR) establecido por el IMSS.

En la tabla 1 se resumen los rubros de mayor interés sobre dichas CC en cuanto a sus resultados de los fallos de las licitaciones.

Tabla 1. Resumen de principales cifras de las CC, 2013 - 2016

Fallos de las licitaciones consolidadas para el abasto de Medicamentos para el abasto de 2013 a 2016											
Año de abasto	Cantidad asignada (en millones)	Importe asignado (millones)	Número de licitaciones	Claves convocadas	Claves asignadas	Claves desiertas	% Desiertas*	Ofertas desechadas	Instituciones participantes	Proveedores	Fabricantes
2013	946	\$ 22,602.12	10	846	692	154	18%	-	5	73	133
2014	1,240	\$ 26,136.40	12	840	732	108	13%	655	16	70	160
2015	1,324	\$ 36,737.81	18	1003	848	155	15%	1,009	45	64	169
2016	1,382	\$ 37,740.95	20	927	810	123	13%	899	44	65	156
Totales	4,892	\$ 123,217.27	60	Prom.: 904	Prom.: 770	Prom.: 135	18%	2,563		Prom. 68	Prom. 155

Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) y de la auditoría de mercado INEFAMSP, IIIFAC, con base en solicitudes de información de INFOMEX.

* El porcentaje de las claves desiertas es respecto al total de claves convocadas.

Nota: no fue posible obtener la información de ofertas desechadas para el año 2013.

En el 2013 y 2016 número de instituciones, pasó de 5 a 44. Las instituciones descentralizadas (los Servicios de Salud estatales) contribuyeron a este crecimiento, al pasar de 1 a 28; las desconcentradas (los institutos

nacionales de salud) pasaron de 3 a 10 instituciones (Tabla 2).

Tabla 2. Instituciones participantes en CC por año.

Número de Instituciones públicas participantes según su tipo en los procesos de CC, 2013-2016					
Periodo Abasto	Federal	Descentralizado	Desconcentrado	Paraestal	Total
2013	4	1	-	-	5
2014	5	7	3	1	16
2015	4	26	14	1	45
2016	5	28	10	1	44
Crec. Prom.	10%	293%	169%	0%	133%

Fuente: Reportador de compras consolidadas del IIIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIIFAC.

También crece el número de claves convocadas de medicamentos, con un ajuste a la baja hacia el año 2016. Cabe hacer notar que el número de claves declaradas desiertas, entendiéndose aquella que no fue adjudicada al no ofrecer un precio conveniente para las instituciones entre las ofertas que fueron rechazadas.

En la investigación presente se encontró que el número de claves de ofertas rechazadas ha crecido. El 60% de los rechazos fue por razón económica (precio no conveniente) y el 40% restante por aspectos técnicos. Si todas las ofertas presentadas para competir por una clave son rechazadas, da lugar a que dicha clave se declare desierta, representan entre el 13% y 18% de las claves convocadas. La mayoría de dichas claves son de "alto volumen", es decir, que son demandadas por varios millones de unidades para cubrir necesidades prioritarias de enfermedades más comunes entre la población, incluyendo analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, para el control de la diabetes y trastornos endocrinos.

Las claves adjudicadas que significa que al proveedor o proveedores ganadores firman un contrato por el 100% de las unidades convocadas. Sin embargo,

los contratos son "abiertos" en términos de que las instituciones al menos tienen la obligación de adquirir como mínimo entre 40% de las máximas. En caso de requerir más unidades, realizan "órdenes de reposición" hasta llegar al 100%. También es posible que, bajo el mismo contrato, sin necesidad de realizar algún proceso de compra adicional, puedan adquirir hasta el 120%, siempre y cuando se respete el precio fallado en la CC. Para este caso las adjudicadas tienen un crecimiento acumulado entre 2013 y 2015 del 22% (de 692 a 848), con una reducción de 4.5% en 2016 (810).

Las cantidades máximas asignadas entre estos años crecieron 46% acumulado, y sus importes en 66%. El número de procesos de CC pasó de 10 a 20 licitaciones, incluyendo una adjudicación directa para adquirir medicamentos de patente o de "fuente única". Entendiéndose como "fuente única" a aquellas claves cuya sustancia activa ha perdido patente y no tiene competencia de genéricos, ya sea por asuntos de propiedad industrial que se discuten en juzgados, o es tal la tecnología y otras barreras técnicas que impiden la existencia de genéricos, lo que hace que el precio de dicho medicamento sea alto.

En la medida que las compras crecen en volumen e importe cada año, ocurre una reducción en la participación de proveedores (básicamente distribuidores) de 73 a 65; en tanto que el número de fabricantes muestra altibajos al pasar de 133 a 169 entre 2013 a 2015, y se reduce a 156 en 2016. Esta situación da lugar a una concentración de mercado donde solo empresas con capacidad económica pueden hacer frente a la continua reducción de precios en el sector público, dejando fuera a las empresas de menor tamaño y de reducida capacidad de producción y financiera, lo cual es contrario a los objetivos de

promover compras entre este tipo de empresas (Secretaría de Economía, s/f). En términos generales, los proveedores ganadores en las CC representan en promedio en el mercado total solo el 6.74%, el 18.75% en el IMSS y 78% en el ISSSTE (véase Tabla 3). Entre las instituciones descentralizadas y desconcentradas, ocurre una alta participación de personas físicas, así como de distribuidores locales que son ajenos a los procesos centralizados de las CC y que explican en buena medida las CN que se ilustran en las siguientes líneas.

Tabla 3. Proveedores ganadores en CC y su participación en el total de la proveeduría en el sector público

Periodo Abasto	Mercado Total			IMSS			ISSSTE		
	En CC	En Total	% CC/Total	En CC	En Total	% CC/Total	En CC	En Total	% CC/Total
2013	73	951	7.68%	72	344	20.93%	64	80	80.00%
2014	70	1,078	6.49%	70	384	18.23%	63	86	73.26%
2015	64	1,044	6.13%	62	360	17.22%	54	65	83.08%
Promedio	69	1,024	6.74%	68	363	18.75%	60	77	78.35%

Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIFAC

La tabla 4 muestra la participación que han tenido las CC para los años 2013 a 2015 en el mercado total, así como entre las dos principales instituciones de salud de México, IMSS e ISSSTE.

La participación de las CC en el mercado total en cuanto a claves ha sido en promedio del 50%, el 74% de las unidades y el 52.3% de los importes. Ello significa que la mayoría de las instituciones públicas realizan CN por lo que no cubren el 100% de sus necesidades con las CC.

Es claro que las CC han incrementado su presencia, donde persiste la adquisición por CN por desequilibrios entre la oferta y demanda que se ilustran en las siguientes páginas.

El IMSS y el ISSSTE muestran la mayor participación de las CC en sus propias compras totales (CC+CN); el IMSS adquiere poco menos del 80% de las claves anualmente, que representan más del 90% de sus unidades y poco menos del 78% de los importes en este periodo. En el caso del ISSSTE, si bien las CC representan altos porcentajes en claves como en unidades que requiere, en términos de importes, las CC representaron menos del 50% en los primeros 2 años. En promedio, los importes de las CC en ISSSTE apenas rebasan el 50% en los tres años mostrados.

Tabla 4. Participación de Claves, Unidades e Importes en CCy CN.

Periodo Abasto	Mercado Total			IMSS			ISSSTE		
	Claves	Unidades	Importes	Claves	Unidades	Importes	Claves	Unidades	Importes
2013	46.23%	60.92%	42.14%	77.90%	87.10%	73.90%	67.36%	77.01%	33.86%
2014	47.59%	74.33%	45.86%	76.78%	97.25%	71.69%	68.79%	82.60%	44.29%
2015	53.91%	86.78%	68.92%	81.43%	95.54%	88.23%	74.75%	89.09%	75.61%
Promedio	49.24%	74.01%	52.31%	78.70%	93.29%	77.94%	70.30%	82.90%	51.25%

Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIFAC.

5. PRECIOS Y AHORROS

Como se ha señalado, los objetivos de las CC son lograr reducir precios y generar ahorros, garantizando la cobertura de medicamentos. Para comprender su evolución, se elaboraron índices de precios para conocer el comportamiento que estos han tenido tanto para el mercado total como para CC específicamente.

En la tabla 5 se muestra el Índice de Precios de Sector Público de Medicamentos (IPSPM) y su

comparación con el Índice de Precios de Medicamentos al Consumidor (INPC) de medicamentos. Destaca que entre 2010 y 2016 ocurre una deflación acumulada de 12.65%, con algunos años con baja inflación.

En contraste, la inflación que ha enfrentado el consumidor de medicamentos en el mercado privado (INPC) ha sido del 33% acumulado. Esto muestra que efectivamente se ha logrado hacer más asequibles los medicamentos a través de las instituciones públicas.

Tabla 5. Índices de precios de medicamentos 2010-2016

Año	IPSPM	Inflación Anual	Inflación Acumulada	INPC*	Inflación Anual	Inflación Acumulada
2010	100.00	-	-	100.00	-	-
2011	100.68	0.68%	0.68%	105.15	5.15%	5.15%
2012	93.38	-7.26%	-6.62%	110.21	4.81%	10.21%
2013	89.11	-4.56%	-10.89%	115.58	4.88%	15.58%
2014	90.88	1.98%	-9.12%	120.35	4.13%	20.35%
2015	86.96	-4.31%	-13.04%	126.07	4.75%	26.07%
2016	87.35	0.44%	-12.65%	133.00	5.50%	33.00%

Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIFAC, e INEGI.

* Inflación para 2016 al mes de mayo. INEGI. Base e Información Económica. Precios e Inflación

Fuente: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/>

*INPC: Índice Nacional de Precios al Consumidor por objeto del gasto, 5. Salud y cuidado personal, 5.1. Salud, 5.1.1. Medicamentos y aparatos, 55 Medicamentos, base 2010=100.

Fue oportuno elaborar el Índice de Precios de CC de Medicamentos (IPCCM) que se ilustra en la Tabla 6, con una deflación acumulada entre 2013 y 2016 del 10%; donde se registra una baja inflación del 1.33% solo en 2016. Este dato contrasta nuevamente con la inflación al consumidor en el mercado privado que fue de más de 15% en los años señalados. Sin duda, las CC han contribuido a la reducción general de precios.

Debe observarse que una deflación continua crea incentivos negativos entre los proveedores y fabricantes, quienes pueden decidir no participar en los procesos de CC, y con ello ocurra un creciente número de claves desiertas y mayor concentración de la proveeduría.

Tabla 6. Comparación entre índices de precios de medicamentos

Índice de Precios de las CC de Medicamentos (IPCCM) e inflación, 2013-2016. Comparativos con el INPC de Medicamentos						
Año	IPCCM	Inflación Anual	Inflación Acumulada	INPC*	Inflación Anual	Inflación Acumulada
2013	100.00	-	-	100.00	-	-
2014	93.24	-6.76%	-6.76%	104.13	4.13%	4.13%
2015	88.17	-5.43%	-11.83%	109.08	4.75%	9.08%
2016	89.35	1.33%	-10.65%	115.08	5.50%	15.08%

Fuente: Tabla 5.

Los ahorros generados por las CC se calculan en este estudio a partir de considerar las cantidades máximas a precio de los fallos correspondientes respecto a multiplicar dichas cantidades con el precio promedio de mercado del año inmediato anterior.

En realidad, se trata de un cálculo teórico (parecido al estimado por las mismas autoridades sanitarias) que debe contrastarse con su ejercicio.

Para el periodo 2013-2016, estos ahorros sumaron más de 8.5 mil millones de pesos (mmdp) entre todas las instituciones participantes. Particularmente es el IMSS el que registra el mayor ahorro con 7.5 mmdp aproximadamente. El porcentaje de ahorro obtenido respecto al año anterior es sustancialmente mayor entre la totalidad de las instituciones respecto al IMSS, debido

a que las primeras han comprado a mayores precios respecto a este último.

Para comprender el ahorro efectivamente ocurrido es relevante conocer cómo fue el ejercicio de las CC en cada uno de los años. La revisión no se realizó exclusivamente para las CC, debido a que ocurrió un hecho importante: se detectaron en la investigación CN de algunas claves de medicamentos que fueron inicialmente adjudicadas en CC.

También destacó que en CN los precios de las claves fueron más altos en promedio que sus precios de fallo, lo que significa que las instituciones realizaron compras combinadas, ocurriendo en algunos casos donde la CN fue mayor en unidades que las adquiridas por CC, incluso superiores a las cantidades máximas de fallo.

Tabla 7. Ahorro en las CC.

Ahorro anual en fallos de CC (cantidades máximas) vs precio promedio ejercido en año anterior					
Año de abasto	Ahorro entre asignado en CC vs ejercido en en el año anterior de Instituciones participantes (millones de pesos)	% Ahorro	Ahorro entre asignado conso vs ejercido en año anterior, sólo IMSS (millones de pesos)	% Ahorro	
2013	\$ 2,426.66	19%	\$ 1,944.79	9%	
2014	\$ 3,300.58	19%	\$ 1,598.97	7%	
2015	\$ 1,563.79	22%	\$ 2,749.68	8%	
2016	\$ 1,250.36	27%	\$ 1,208.56	3%	
Totales	\$ 8,541.40		\$ 7,502.00		

.Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIIFAC. e INEGI.

* El porcentaje de ahorro solo corresponde a las unidades de las claves de medicamentos que fueron adjudicadas en los fallos de las CC respecto a su posible importe a precios promedio ejercidos en el mercado del año inmediato anterior

De esta manera, se realizó una revisión exhaustiva para distinguir las CC y CN de cada clave. En este mismo ejercicio se ubicaron aquellas claves declaradas desiertas en los fallos, pero que fueron adquiridas posteriormente por CN.

La tabla 8 resume las unidades y valores en CC como en CN de aquellas claves adjudicadas o desiertas en los fallos de cada uno de los años bajo estudio solo para el IMSS y el ISSSTE, cuya información ofreció la transparencia y evidencia suficientes, situación que no es posible extender al resto de las instituciones, ya sea por el desorden de sus datos, así como la opacidad en la información analizada, pues en varias instituciones no fue posible conciliar la información reportada por medio de solicitudes a INFOMEX de las compras realmente realizadas en CC, al no ofrecer datos tales como el número de licitación, número de contrato, o en su caso información parcial sobre las unidades y valores adquiridos.

Estas dos instituciones ejercieron entre el 73% y el 79% de las unidades máximas adjudicadas en fallos de

las CC para el periodo 2013 y 2015, en tanto que adquirieron entre 3% y 10% de las unidades por CN respecto las unidades máximas. En el año 2013, el 10% ejercido por CN pudo ser cubierto adecuadamente por CC, ya que estas últimas se ejercieron solo en 73.2% respecto a las máximas. Ese porcentaje implicó una compra a mayor precio y, por lo tanto, el diferencial respecto al precio de fallo de las CC debe considerarse como un gasto excedente.

De igual manera se puede interpretar las compras por CN de 2014 como de 2015, denotando que ha ocurrido una importante reducción en esta práctica en la medida que ha bajado el porcentaje de unidades adquiridas hacia el año 2015.

Como se demostró en la tabla 1, existe en cada año un conjunto de claves desiertas de medicamentos tras los fallos de las CC. La mayoría de estas claves son adquiridas por CN a precios mayores respecto a los esperados en las CC. Los importes excedentes de estas claves deben considerarse como parte de la deficiencia existente en el proceso de las CC.

Tabla 8. Importes y Unidades ejercidos en CC y CN vs. Máximos en IMSS e ISSSTE, 2013 – 2016.

Periodo Abasto	Asignado en CC (Cant. Máx.)		Ejercido en CC			Ejercido por CN			Sobrecosto*
	Unidades (millones)	Importe (millones)	Unidades (millones)	Importe (millones)	Avance (% respecto a Cant. Máx)	Unidades (millones)	Importe (millones)	% respecto a Cant. Máx.	Importe (millones)
2013	946	\$ 22,602.02	692	\$18,553.33	73.2%	96	\$ 1,866.91	10.1%	\$ 93.54
2014	1,238	\$ 26,034.38	980	\$20,557.53	79.2%	101	\$ 2,191.42	8.2%	\$ 132.89
2015	1,318	\$ 36,211.44	996	\$28,554.70	75.5%	42	\$ 1,751.05	3.2%	\$ 68.35
2016**	1,379	\$ 37,474.17	492	\$11,640.82	35.7%	8	\$ 3,141.43	0.6%	\$ 27.57
Totales	4,881	\$122,322.00	3,160	\$79,306.37	64.7%	247	\$ 8,950.80	5.06%	\$ 322.35

Fuente: Reporteador de compras consolidadas del IIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIFAC.

** Ejercido al mes de mayo.

*El sobrecosto se calcula a partir de la diferencia entre el importe ejercido en procedimientos adicionales vs el importe de esas mismas adquisiciones a precios de fallo.

De igual manera se puede interpretar las compras por CN de 2014 como de 2015, denotando que ha ocurrido una importante reducción en esta práctica en la medida que ha bajado el porcentaje de unidades adquiridas hacia el año 2015.

Como se demostró en la tabla 1, existe en cada año un conjunto de claves desiertas de medicamentos tras los fallos de las CC. La mayoría de estas claves son adquiridas por CN a precios mayores respecto a los esperados en las CC. Los importes excedentes de estas claves deben considerarse como parte de la deficiencia existente en el proceso de las CC.

En concreto, entre 2013 a mayo de 2016, se han ejercido 247 millones de unidades (mdu) con un importe de 8.95 mmdp por CN. Si dichas unidades se compraran a precios de los fallos dentro de las CC, su importe sería de 8.63 mmdp, lo que significa que se registra un sobrecosto de 322 mdp entre estos años.

A estas CN, se debe agregar el sobrecosto administrativo en el que incurrieron las instituciones públicas y los proveedores al requerirse una entre mil a dos mil procesos de compra adicionales, rompiendo el principio de eficiencia del gasto solicitado en el decreto presidencial de 2012 (DOF, 10/12/2012), para lograr cubrir las necesidades terapéuticas de su derechohabencia. Este sobrecosto no es posible estimarlo y está fuera del alcance de este estudio, pero ciertamente debe ser alto en cuanto a la ocupación de personal y de recursos materiales, sobretodo el costo de oportunidad de no garantizar la atención oportuna de los pacientes que pudieron enfrentar riesgos en su condición de salud.

Ante estas evidencias, ¿cuál es el ahorro neto tras los ejercicios de las CC? Se realizó el cálculo para los años 2013 a 2015, con el fin de comparar los ahorros a partir de los avances de los contratos que realmente se ejercieron, tomando como referencia al IMSS y al ISSSTE según la Tabla 8. Dicho porcentaje puede

tomarse bajo el supuesto que de esa misma manera ejercieron el resto de las instituciones participantes. A las cifras resultantes (ahorro anual del ejercicio) se le resta el sobrecosto generado por las CN mostrado

también en la Tabla 8, cifra que se asume como la ocurrida entre todas las instituciones en consolidación y aproximar así el ahorro neto (Esquema 2).

Esquema 2. Ahorro neto de las CC

(a)			(b)		(c)	(d) = (b) - (c)	
Ahorro anual en fallos de CC (cantidades máximas) vs precio promedio ejercido en año anterior			Ahorro anual del ejercicio de las CC (a partir del avance de contratos)*		Ejercido por CN**	Ahorro neto anual de las CC	
Año de abasto	Total de instituciones participantes	IMSS	Total de instituciones dentro de CC	IMSS dentro de CC	Sobrecosto	Total de instituciones dentro de CC	IMSS dentro de CC
2013	\$ 2,426.66	\$ 1,944.79	\$ 1,776.40	\$ 1,423.65	\$ 93.54	\$ 1,682.86	\$ 1,330.11
2014	\$ 3,300.58	\$ 1,598.97	\$ 2,612.62	\$ 1,265.69	\$ 132.89	\$ 2,479.73	\$ 1,132.79
2015	\$ 1,563.79	\$ 2,749.68	\$ 1,181.43	\$ 2,077.36	\$ 68.35	\$ 1,113.07	\$ 2,009.00
Totales	\$ 7,291.03	\$ 6,293.44	\$ 5,570.45	\$ 4,766.70	\$ 294.79	\$ 5,275.66	\$ 4,471.91

(a) Las cifras son de la Tabla 7.

(b) El ahorro del ejercicio de las CC se obtiene de multiplicar los valores de (a) por el avance reportado en la Tabla 8 para cada año. Debido a que IMSS también se incluye en el total de las instituciones.

(c) El sobrecosto es tomado de la Tabla 8.

(d) El ahorro neto resulta de restar el sobrecosto de las CN tanto al total de instituciones como al IMSS por la razón expresada en (b).

Cifras en millones de pesos.

Es posible afirmar que de un ahorro de poco menos de 7.3 mmdp a partir de las cantidades máximas de fallo en las CC para los años 2013 a 2015, el ahorro neto estimado es de 5.27 mmdp con un avance de contratos del 76% en promedio de los tres años, menos el sobrecosto.

Para el caso específico del IMSS, de un ahorro esperado de 6.29 mmdp, al cierre de los ejercicios en estos tres años fue de solo de 4.47 mmdp.

Estas cifras de ahorro neto no son reportadas por las autoridades sanitarias, dado que solo anuncian las cifras que estiman al anunciar los fallos correspondientes.

6. MOTIVOS PARA LAS CN.

¿Por qué ocurren CN cuando las claves adjudicadas en fallos deben adquirirse solo por las CC? Son diversos motivos por lo que se registra esta combinación de las compras:

- Una inadecuada inclusión de claves dentro de un proceso de consolidación que concluye en diciembre, cuando el abasto debe comenzar en enero, afectando la oportuna programación en producción y operación de los medicamentos.
- Una inadecuada integración de la información de cantidades y precios a consolidar de las claves de medicamentos convocadas, que resultan en la

determinación de los PMR que no representan el precio promedio del mercado público, por lo que se reduce el número de oferentes participantes o en su caso presentan ofertas para abastecer dichas claves a precios más altos y por lo tanto son rechazadas; con ello, da lugar a claves desiertas.

- La determinación de precios en fallos para algunas claves se encuentra por debajo del precio de mercado, lo que lleva a la imposibilidad de garantizar las entregas ante posibles cambios en los costos de producción, particularmente de la materia prima, ya que más del 90% de la misma es importada y está sujeta a variaciones cambiantes. En ese sentido, las autoridades sanitarias nos son flexibles para permitir un ajuste, lo que motiva al incumplimiento y por tanto a la necesidad de adquirir los medicamentos por CN a mayores precios, afectando en el proceso el abasto de los medicamentos.
- Problemas en la firma oportuna de contratos entre un número creciente de instituciones con los proveedores ganadores, motiva a desfases para realizar las primeras entregas en los diversos puntos del país, lo que da lugar a incumplimientos por parte de la proveeduría.
- Inadecuada gestión de los contratos por parte de las instituciones, al no respetar los tiempos programados de entrega de medicamentos de los proveedores, de manera que resulta más costoso el transporte por entregar una cantidad pequeña de medicamentos. (Vázquez Herrera, S., 16 de junio de 2016).
- Existe un severo problema de retraso en pagos, tanto de aquellos contratos de las CC como en CN que suman más de 5 mmdp. (ANDIS, 24 de marzo de 2016) (García, Elizabeth, 23 de mayo de 2016).
- Diversas unidades médicas y/o delegaciones de las instituciones de salud, como las del IMSS, tienen presupuestos para la compra de medicamentos de manera descentralizada y autónoma, por lo que no necesariamente respetan los tiempos de entregas, más la logística implicada para contar con los medicamentos de manera local.
- Las instituciones descentralizadas particularmente someten a CC solo una parte de las claves de medicamentos que requieren, por lo que siguen ejerciendo sus recursos de manera autónoma y con apoyo de la proveeduría local.

7. LA EFICIENCIA DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

Ahora corresponde cuantificar la eficiencia a través de los indicadores relacionados a las metas que deben alcanzar las CC y que han sido definidas en este documento.

La eficiencia global de la CC resulta de la eficiencia en la cobertura de medicamentos, en la reducción del gasto per cápita del gasto, así como una mínima dispersión en los precios de las claves de estos mismos. El análisis se realizó para los años 2013 a 2016.

Índice de cobertura de las CC (θ)

El indicador debe ser igual a 1 ($\theta_1 = 1$), para cada año, si las unidades de medicamentos requeridas por las CC son iguales a las realmente adquiridas--es decir ($\theta_1 = 1$), y que no hubieron CN ($\theta_2 = 0$), entonces $\theta = \theta_1 - \theta_2 = 1$ para cada año.

Como se ha demostrado, en el ejercicio de las compras ocurrió lo contrario ($\theta_1 < 1, \theta_2 > 0$).

Tabla 9. Índice de Cobertura de las CC

Índice de cobertura de las CC			
Periodo Abasto	(Cobertura por CC) Θ_1	(Cobertura por CN) Θ_2	Cobertura ajustada $\Theta = \Theta_1 - \Theta_2$
2013	0.755	0.013	0.741
2014	0.771	0.010	0.762
2015	0.777	0.010	0.767
2016	0.723	0.009	0.713
Total	0.756	0.011	0.746

Fuente: Cálculos propios.

Reporteador de compras consolidadas del IIIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIIFAC. Muestra de 667 claves coincidentes entre IMSS e ISSSTE para los años señalados.

Es posible afirmar que las CC cubren tres cuartas partes de los requerimientos originales, en tanto que las CN participan con 1.2%. Es decir, existe deficiencia en este rubro.

Índice de Eficiencia del Gasto en CC per cápita (Λ)

Este indicador compara el gasto en medicamentos per cápita (GP) con el total de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE ($D_{jIMSS} + D_{jISSSTE} = D_j$) de las de las cantidades ejercidas de la muestra de claves de medicamentos convocadas en las CC (tanto adjudicadas como desiertas) a precios de las CC y a precios promedio de mercado (promedio ponderado de los precios de las CC como de las CN).

El GP a precios de CC es τ_1 en tanto que el GP a precios promedio es τ_2 , para cada año. Con ello, deriva que $\Lambda = \frac{\tau_2}{\tau_1}$, idealmente se espera que si: $\tau_1 = \tau_2$ y $\Lambda = 1$ significa que todas las compras se hicieron a precios de CC.

Si ocurren CN a mayor precio, entonces $\Lambda > 1$ y por lo tanto existe deficiencia.

La Tabla 10 confirma que existe una pequeña deficiencia en el periodo, que comenzó con siendo alta en 2013 y que conforme se ocurrieron los ejercicios restantes, la deficiencia se ha reducido, lo que no garantiza la cobertura, como se ha demostrado.

Tabla 10. Índice de Eficiencia del gasto en CC per cápita.

Periodo Abasto	Importes (miles de pesos) a precio de CC	Importe (miles de pesos) a precio promedio de mercado	Der. IMSS (miles) (D _{IMSS})	Der. ISSSSTE (miles) (D _{ISSSSTE})	Suma Der. (D _j)	τ_1	τ_2	Λ_j
2013	\$ 13,466,524.00	\$ 14,346,372.91	59,512	12,631	72,143	\$ 186.66	\$ 198.86	1.065
2014	\$ 22,483,434.23	\$ 22,664,182.53	59,487	12,804	72,291	\$ 311.01	\$ 313.51	1.008
2015	\$ 19,248,589.53	\$ 19,367,715.16	60,584	12,882	73,466	\$ 262.01	\$ 263.63	1.006
2016	\$ 21,718,996.70	\$ 23,257,130.76	61,701	12,960	74,662	\$ 290.90	\$ 311.50	1.071

Fuente: Cálculos propios. Reporteador de compras consolidadas del IIFAC con información de COMPRANET (2013-2016) e INEFAMSP, IIFAC. Muestra de 667 claves coincidentes entre IMSS e ISSSSTE para los años señalados.

Índice Compuesto de Dispersión de Precios (ξ)

La obtención de este índice requiere la integración de diversas métricas de dispersión de los precios, que fueron convertidos a números índice con el fin de conocer su comportamiento general, independientemente de la magnitud de los precios.

El precio de fallo de las CC \overline{IP}_{F_j} fue convertido a 100 en cada año, y a partir de este valor se obtuvieron los números índice de los valores propios de la estadística descriptiva $\overline{I\sigma}_j$, \overline{IP}_{min_j} , \overline{IP}_{max_j} así como el precio promedio de mercado \overline{IP}_{pm_j} .

Con estos nuevos valores se obtienen los indicadores Id1, Id2 e Id3 para cada año (indicado por "j"), de donde se obtiene:

$$\xi_j = \frac{[Id_{1,j} + Id_{2,j} + Id_{3,j}]}{2}$$

y se espera que:

$$\xi_j = [(\approx 1) + (\approx 0) + (\approx 1)]/2 \rightarrow \approx 1$$

Y se asume la existencia de eficiencia en la determinación de los precios; en caso contrario, si $\xi_j > 1$, significa que existe dispersión y por lo tanto hay deficiencia.

La Tabla 11 muestra la existencia de dispersión creciente en ξ entre 2013 y 2015, al pasar de 1.57 a 1.91, motivada principalmente por la diferencia notable entre los precios máximos y los mínimos (medida por Id1), con reserva de lo que ocurra al cierre de 2016.

Ello significa que existe una porción de claves de medicamentos cuyos precios tienden a ser más altos respecto a sus precios de fallo y por lo que sugiere que estos últimos se ajusten al promedio del mercado y favorezcan a eliminar distorsiones como son las CN, junto con una mejor planeación de las compras y evitar externalidades negativas que afecten la oferta.

Tabla 11. Índice compuesto de Dispersión de Precios de las CC.

Periodo Abasto	\overline{IP}_{F_j}	\overline{IP}_{pm_j}	$\overline{I\sigma}_j$	$\overline{I\sigma}_j$ d.e. de pCC	\overline{IP}_{min_j}	\overline{IP}_{max_j}	ld1	ld2	ld3	ξ_j
2013	100	101.70	0.06	0.204	95.82	203.30	2.12	0.00	1.02	1.57
2014	100	101.72	1.48	5.540	95.78	260.35	2.72	0.01	1.02	1.88
2015	100	101.64	0.55	2.014	96.06	268.67	2.80	0.01	1.02	1.91
2016	100	101.30	2.07	0.003	102.25	142.03	1.39	0.02	1.01	1.21
Total	100	101.59	0.55	0.291	97.44	211.99	2.18	0.01	1.02	1.60

Fuente: Cálculos propios con información de la auditoría INEFAMSP y solicitudes por medio de INFOMEX. Muestra de 667 claves coincidentes entre IMSS e ISSSTE para los años señalados.

Índice de Eficiencia Global de las CC (Ψ)

Este indicador se obtiene conforme a la ecuación (1): $\Psi_j = \theta_j \times \Lambda_j \times \xi_j$, cuyo valor ideal ocurre si $\theta_j, \Lambda_j, \xi_j \cong 1 \therefore \Psi_j \cong 1$. En el caso de que $\Psi_j > 1$, ocurre deficiencia en el gasto.

El resultado se muestra en la Tabla 12. Es evidente que las CC no han logrado ser eficientes e incluso empeoraron al pasar Ψ de 1.24 a 1.47 entre 2012 y 2015, con un notable acercamiento al 1.0 en 2016. Esto significa que a pesar de tener un gasto per cápita

cercano 1 (θ), en realidad no garantiza la cobertura esperada (Λ), pues finalmente se adquieren medicamentos a precios que tienen una dispersión importante (ξ) y da lugar a una percepción de lograr ahorros cuando no se ha garantizado el abasto completo a través de las CC.

En concreto, se gasta más con una baja cobertura de medicamentos debido a las fallas de esta estrategia de compra.

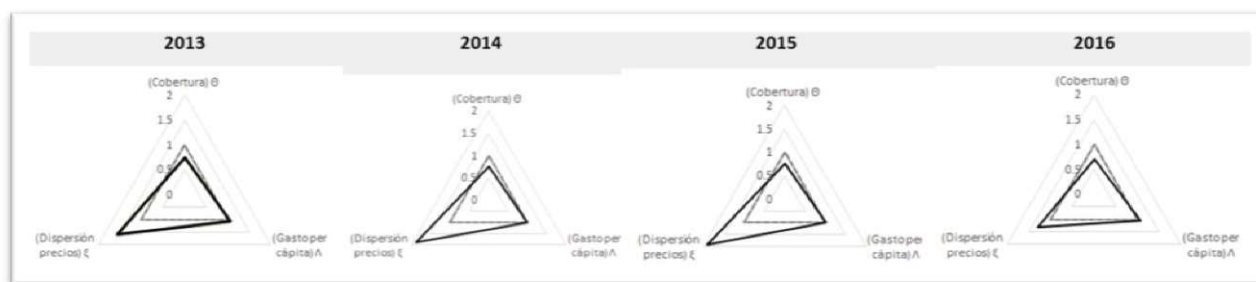
Tabla 12. Índice de Eficiencia Global de las CC.

Periodo Abasto	(Cobertura) Θ	(Gasto per cápita) Λ	(Dispersión precios) ξ	Ψ
2013	0.741	1.065	1.57	1.24
2014	0.762	1.008	1.88	1.44
2015	0.767	1.006	1.91	1.47
2016	0.713	1.071	1.29	0.99
Promedio	0.746	1.038	1.66	1.29

Fuente: Cálculos propios.

La Gráfica 5 de Ψ hace evidente el hallazgo:

Gráfica 5. Representación gráfica del Índice de Eficiencia Global de las CC, 2013-2016



Fuente: Elaboración propia.

8. PRINCIPALES HALLAZGOS.

En el presente estudio se demuestra que las CC de medicamentos en el sector público no logran contribuir eficientemente en el gasto público en salud ante los siguientes hallazgos:

- No se ha logrado la cobertura total de los requerimientos de medicamentos por medio de las CC, ya que abarcan alrededor del 65% de valor total estimado de este mercado.
- Solo el IMSS y el ISSSTE cubren en promedio más del 80% de las unidades de medicamentos a través de este tipo de compras.
- Muchas de las instituciones descentralizadas y desconcentradas participan con un número ínfimo de claves de medicamentos en las CC, ejerciendo la mayor parte de sus recursos en compras con proveedores locales a precios más altos que los fallados en CC.
- Las CC han favorecido a la concentración del mercado al reducirse el número de proveedores

ganadores (distribuidores) y fabricantes con capacidad financiera, limitando las oportunidades de participación de oferentes con menor capacidad (pequeñas y medianas).

- No hay una adecuada determinación de los PMR entre varias claves de medicamentos desde la investigación de mercados, pues en algunos casos los precios son muy bajos, lo que motiva a que un número importante de claves de medicamentos se declaren desiertas y se deban adquirir por un considerable número de procesos de CN a un mayor precio, lo que significa desabasto y problemas de atención hacia los pacientes.
- No se definen metas específicas cuantificables que permitan determinar claramente la eficiencia del gasto en medicamentos.
- Ocurre una deficiente programación antes y durante las CC, que inicia desde los atrasos en la firma de contratos, así como en las fechas de entregas de medicamentos, en donde el transporte de unas cuantas

unidades de medicamentos es más costoso que el valor de estas últimas.

- Varias instituciones no han cubierto pagos a los proveedores por CC como por CN que suman más de 5 mmdp, afectando seriamente la continuidad de entrega de medicamentos, lo que incentiva negativamente a la participación de la proveeduría.

- Ocurren CN debido a incumplimientos en entregas por parte de la proveeduría al no anticipar adecuadamente la producción o importación de medicamentos respecto a las fechas de compra, lo que motiva a que las instituciones hagan uso de otras modalidades de adquisición para atender a sus pacientes.

- Ocurre un mayor desgaste administrativo por la necesidad de recurrir a un número mayor de procesos de compra que genera costos no contabilizados en este estudio del uso de recursos humanos y materiales de las instituciones públicas como de los proveedores.

- Con fundamento en el cálculo del Índice Global de Eficiencia de las CC, se demuestra que solo se adquiere tres cuartas partes de las cantidades máximas de medicamentos adjudicadas en fallos, sin que se reduzca el gasto, ya que una porción de este último se realiza por CN a precios que en algunos casos son muy altos respecto al precio de fallo.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las CC significan una importante oportunidad de eficiencia del gasto que no se ha logrado consolidar en tanto no exista una mejor organización y comunicación entre oferentes y demandantes de medicamentos para precisar qué medicamentos son susceptibles de incluirse en esta modalidad y cuáles deben excluirse.

Existe una buena aceptación por ambas partes del mercado público de continuar con este tipo de compras

si, efectivamente, a través de un reducido número de procesos de adquisición, se logran definir de manera transparente y predecible las cantidades de medicamentos que necesitan las instituciones a precios razonables, que promuevan una mayor participación de oferentes locales e internacionales, bajo una mejor programación de las CC que garantice el compromiso de surtir adecuadamente los bienes terapéuticos.

El enorme poder de compra que acumula el IMSS en conjunto con el resto de las instituciones debe ser bien entendido en beneficio de la población mexicana, ya que genera externalidades positivas como negativas que afectan a los proveedores como a pacientes.

Cuando se generan externalidades negativas (como fijar precios y cantidades inadecuadamente, o no se firman contratos en tiempo y forma o simplemente no se emiten pagos a proveedores), el número de fabricantes se reduce con el riesgo de no garantizar el acceso a medicamentos a bajo precio y de manera oportuna.

Es relevante entonces que, de seguir la implementación de esta política pública de las CC, se defina un programa de compras para varios años que cuente con la participación de las autoridades sanitarias como de fabricantes y distribuidores en donde claramente se defina:

- El número de instituciones participantes que realmente se interesen y no solo sea por compromiso con el gobierno federal.

- El número de claves de medicamentos y sus cantidades que dichas instituciones requieran a través de este tipo de compra, basado en un mayor y mejor conocimiento de la capacidad instalada local y del exterior que garanticen su surtimiento efectivo.

- Se anticipen los tiempos de requerimientos de unidades, estudios de mercado, convocatorias y emisión de fallos y firma de contratos como una manera

eficiente de lograr la entrega de las cantidades acordadas sin incurrir a compras individuales con sobrecosto.

- Las instituciones declararen los ahorros logrados en el ejercicio de las CC, que bien podría orientarse a la adquisición de nuevos medicamentos que muestren ser costo-efectivos.

10. REFERENCIAS

- ANDIS (24/03/2016). "Deben 5000 millones de compra consolidada". Asociación Nacional de Distribuidores de Insumos para la Salud. En [<http://andis.org.mx/noticias/deben-5-000-millones-de-compra-consolida>]. Fecha de Consulta: 28/03/2016.
- Afonso, A., Schuknecht, L. and Tanzi, V. (2005) "Public sector Efficiency: an international comparison. Public Choice. Vol. 123, pág. 321-347.
- Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios — COFEPRIS (2016:1). "Historia: la creación y desarrollo de la COFEPRIS". [<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>] Fecha de consulta 15/07/2016.
- (7/5/1997). Reforma de la Ley General de Salud (LGS). Pág. 24.33. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_04_07may97.pdf]. Fecha de consulta: 8/4/2016.
- (4/2/1998). Reglamento de Insumos para la Salud (RIS). [<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/356/default.htm?s=is>]. Fecha de consulta: 5/6/2016.
- (24/12/2002). Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo. En [http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=716455&fecha=24/12/2002]. Fecha de consulta: 13/8/2016.
- (26/2/2008). Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. En [http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5030450&fecha=26/02/2008]. Fecha de consulta: 5/4/2016.
- (28/7/2010). Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. En [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_L_AASSP.pdf]. Fecha de consulta: 18/12/2015.
- (10/12/2012). Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal. En [http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5281761&fecha=10/12/2012]. Fecha de consulta: 20/4/2016.
- Funsalud (2014). Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México, D.F., Funsalud.
- Gómez Dantés (2011). "Sistema de Salud de México". Salud Pública de México. Vol. 53, suplemento 2. México.
- González Pier E y Barraza Lloréns M. (2011). Trabajando por la salud de la población: Propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. Ciudad de México: Funsalud.
- IMSS (2011). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012". En

[http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones_LXII/seguridad_social/informes/informecompleto_imss_2011-2012.pdf]. Fecha de consulta: 18/9/2015.

Instituto de Investigación e Innovación Farmacéutica, A. C. (IIFAC) (s/f). INEFAMSP, auditoría de compras de medicamentos en el sector público, disponible en www.investigacion-farmaceutica.org.

— (2013-2016). Reporteador de compras consolidadas de medicamentos.

Instituto Nacional de Acceso a la Información-- INAI (s/f). Plataforma de Nacional de Transparencia. En [<https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/homeOpenData.action>]. Fecha de consultas: desde 7/2013 a 5/2016.

Jacobzone, S. (2000). "Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals". OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 40, OECD Publishing.

Metodología de indicadores de eficiencia de las compras consolidadas, en www.inefam.com/metologia.

Moïse, P. and E. Docteur (2007). "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico", OECD Health Working Papers, No. 25, OECD Publishing. París.

OCDE (2005). OECD Reviews of Health Systems: Mexico. OECD Publishing, Paris. En [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2005_9789264008939-en].

— (2016). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris. En [<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>].

Secretaría de la Función Pública--SFP (s/f). Compranet, portal de convocatorias de compras de las instituciones públicas de México. En [compranet.funcionpublica.gob.mx]. Fecha de consulta: 9/2012 a 5/2016.

Secretaría de Salud (2005). Hacia una política farmacéutica integral para México. México. Secretaría de Salud. Primera edición.