HARVARD | BUSINESS | SCHOOL

311-P03
REV: APRIL 27TH, 2011

MICHAEL CHU
REGINA GARCIA-CUELLAR

Farmacias Similares:
Saúde pública e privada para a base da pirâmide no México

Porque ganamos, ayudamos y porque ayudamos, ganamos (Ajudamos porque ganhamos e ganhamos porque ajudamos).

—Victor González Torres, "Doutor Simi"

A educação é o futuro das pessoas, mas a saúde é o presente, e sem o presente não há futuro.

—Julio Frenk M., ministro da saúde do México de 2000 a 2006

Eduardo González Pier, economista-chefe do Ministério da Saúde, estava em seu escritório no início de janeiro de 2006, em seu primeiro dia de trabalho depois das comemorações de fim de ano. Com a maior parte do México ainda em recesso, seu telefone estava extraordinariamente silencioso e seus pensamentos se voltaram para as eleições presidenciais que ocorreriam no final daquele ano. Devido ao sistema sem reeleição do México, dentro de exatamente um ano outra pessoa se sentaria em sua cadeira pela primeira vez, e González Pier imaginou seu sucessor olhando para um envelope com as instruções deixadas por ele. No *sexênio*, ou administração de 6 anos, do presidente Fox, a área da saúde certamente tinha sido uma prioridade. O Ministério tinha lançado uma série de iniciativas ousadas e inovadoras, que por si só certamente teriam qualificado o *sexênio* como o período de maiores mudanças na área da saúde para a população carente desde a criação do sistema público de saúde mexicano. Mas, no mesmo período, uma rede de farmácias voltada para os segmentos de baixa renda da população, chamada *Farmacias Similares: Saúde pública e privada para a base da pirâmide no México*(*Farmacias Simi* ou *Simi*) tinha crescido de modo exponencial. Nunca antes os setores privado e público tinham priorizado com tanta intensidade e simultaneamente o atendimento à base da pirâmide socioeconômica em uma das necessidades humanas mais essenciais: a saúde.

Em 9 anos, as *Farmacias Simi* tinham se expandido para mais de 3.400 unidades localizadas nos bairros de baixa renda do México. Além disso, a maioria dessas unidades tinha uma clínica médica associada que oferecia acesso a um médico por apenas P$ 20, ou aproximadamente US$ 2.[1] Mas as *Farmacias Simi* e seu extravagante fundador Victor González Torres (não há relação de parentesco entre nós) estavam cercados de controvérsias. Seus produtos eram significativamente mais baratos, porém sua eficácia haviam sido questionada desde o início. Em suas campanhas de publicidade, as *Farmacias Simi* criaram o "Dr. Simi", um personagem fictício que usava um jaleco branco e tinha um

[1] Em janeiro de 2006, a taxa de câmbio era de US$ 1 = 10,5 pesos mexicanos (Fonte: Banco de México. www.banxico.gob.mx).

Caso LACC # 311-P03 é a versão traduzida para Português do caso # 307-092 da HBS. Os casos da HBS são desenvolvidos somente como base para discussões em classe. Casos não devem servir como aprovação, fonte primária de dados ou informação, ou como ilustração de um gerenciamento eficaz ou ineficaz.

Copyright 2011 President and Fellows of Harvard College. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de dados, usada em uma tabela de dados, ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio - eletrônico, mecânico, fotocopiada, gravada, ou qualquer outra - sem a permissão da Harvard Business School.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

rosto redondo e sorridente e um farto bigode branco. Todos os dias, pouco antes do movimentado horário de almoço, um homem de 2 metros de altura, vestido como o "Dr. Simi", aparecia na frente das farmácias para cumprimentar os pedestres (veja o **Apêndice 1**). A mídia logo apelidou González Torres de "Dr. Simi", nome que ele adotou sem reservas. Retratado nas propagandas das *Farmacias Simi* e na cobertura da imprensa que geralmente o acompanhava, González Torres se transformou em uma figura pública nacional. Ele costumava ser mostrado com as "Simi Chicas" (ou "Garotas Simi"), outra criação das *Farmacias Simi*, "centenas de moças vestidas com roupas sensuais que apareciam na televisão, nos calendários e em eventos públicos"[2] (veja o **Apêndice 2**). Em 2005, González Torres se candidatou às eleições presidenciais de 2006 do México. Embora sua tentativa de ser incluído no cenário político nacional tenha falhado, ele apareceu por vários meses nos noticiários locais e internacionais.

Embora o jeito engraçado do "Dr. Simi" contribuísse para que ele fosse ignorado nas questões de saúde pública, González Pier não pôde deixar de fazer uma breve análise. Como membro da equipe do ministro da saúde Julio Frenk, responsável por iniciar reformas reconhecidas internacionalmente que visavam a acabar com as injustiças no sistema público de saúde mexicano, González Pier achou difícil ignorar o sucesso das *Farmacias Simi* na base da pirâmide socioeconômica. Até que ponto as *Farmacias Simi* eram eficazes? Como ele deveria interpretar o sucesso delas: um fato isolado que acabaria esquecido devido às iniciativas do Ministério, ou um indício de que, apesar de todas as reformas, o sistema público de saúde ainda não atendia bem à população carente? González Pier tinha vários outros assuntos para compartilhar com seu sucessor, mas achava que seu memorando não estaria completo se não incluísse as Farmacias Simi. Mas o que ele deveria dizer?

O sistema de saúde do México

Após o nascimento do México moderno na Revolução de 1910, o sistema público de saúde surgiu com o reconhecimento da responsabilidade do Estado pela saúde da nação. Em 1943, o sistema de saúde conhecido até hoje foi estabelecido. Incorporava uma abordagem que permaneceria praticamente inalterada nos próximos 60 anos: o papel do Estado era garantir o acesso gratuito (ou quase gratuito) aos serviços de saúde para a população carente e indigentes e, ao mesmo tempo, fornecer, por meio do do seguro social, uma opção de seguro-saúde para a população assalariada. O sistema de saúde era formado por dois sistemas integrados paralelamente sem nenhuma conexão entre eles. Por um lado, o Ministério de Assistência Pública (SSA)[3], hoje conhecido como Ministério da Saúde[4] (MoH), tinha instalações médicas controladas de modo centralizado nos diversos estados mexicanos. Posteriormente, essas instalações foram descentralizadas e deram origem aos Serviços Estaduais de Saúde[5] (SHS). Essas instalações e o Ministério da Saúde constituíam um sistema público integrado para fornecer serviços médicos diretamente à população, financiado pelo governo e complementado por algumas taxas pagas pelos pacientes. Embora fosse aberto a toda a população, sua finalidade não era servir como a melhor opção para as pessoas, mas como uma rede segura de serviços médicos. Paralelo a isso, um plano de seguro-saúde com prestadores de serviço integrados – o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS[6]) – cobria trabalhadores formais e assalariados do setor

[2] CBS News, 14 de agosto de 2005 (Fonte: site da CBS, www.cbs.com).

[3] *Secretaría de Salud y Asistencia*

[4] *Secretaría de Salud*

[5] *Servicios Estatales de Salud (SESA)*

[6] *Instituto Mexicano del Seguro Social*

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

privado e suas famílias. Nas décadas de 1940 e 1950, uma cobertura de seguro semelhante foi estendida para os membros das forças armadas e os sindicatos da empresa estatal de petróleo por meio de de sistemas paralelos adicionais (PEMEX, Semar, Sedena). Em 1960, um novo plano de seguro social, com seus próprios prestadores de serviço integrados, chamado Instituto de Serviços Sociais e de Segurança para Funcionários Públicos (ISSSTE[7]), foi estabelecido para expandir uma cobertura semelhante de seguro para todos os funcionários do governo federal.

Para a grande maioria da população, que não era coberta pelo seguro, não houve muitas mudanças até 1979. Em resposta à falta de acesso a serviços médicos da população marginalizada que vivia em locais remotos, um programa segmentado geograficamente chamado *IMSS-Oportunidades* foi estabelecido dentro do IMSS e financiado pelo governo federal.[8] Em 1995, o IMSS abriu um programa voluntário de seguro de saúde pública voltado para trabalhadores autônomos ou informais, chamado Seguro-Saúde para a Família (SSF).[9] Esse programa começou a funcionar de fato em 1997 e foi subsidiado pelo governo federal, mas exigia o pagamento de mensalidades do SSF estipuladas de acordo com a faixa etária. Porém, o nível de adesão a ele era baixo. No mesmo ano, foi lançado um programa contra a pobreza, também chamado *Oportunidades*[10]. Oferecia um módulo de serviços médicos que fornecia acesso gratuito a um pacote básico de intervenções para famílias em estado de extrema pobreza que viviam em áreas extremamente marginalizadas.

Na teoria, cada provedor de seguro social integrado paralelamente e cada serviço e programa executado pelo governo federal (SS) fornecia às populações de destino serviços médicos completos e medicamentos prescritos gratuitamente. Na prática somente 18% dos medicamentos eram fornecidos, principalmente devido à falta de estoque das farmácias do SS, obrigando as pessoas a comprar remédios nas farmácias privadas com seus próprios recursos.[11]

Na virada do século, estatísticas oficiais mostraram que o sistema público de saúde atendia a aproximadamente 50% da população, deixando de fora os trabalhadores autônomos, rurais, não assalariados e informais e os desempregados. O Banco Mundial declarou que o número de pessoas não seguradas equivalia a 55% da população,[12] enquanto algumas pesquisas estimavam que esse número estivesse na casa dos 59%. No último censo, constatou-se que a saúde das pessoas não seguradas estava a cargo de instalações médicas fornecidas individualmente por cada estado, por meio dos Serviços Estaduais de Saúde, e do governo federal, via Ministério da Saúde. No entanto, o desafio eram as populações rurais em áreas remotas que nem sempre tinham acesso físico a esses recursos. González Pier estimou que cerca de 5% a 10% da população não tinha nenhum acesso ao sistema público de saúde.

O sistema privado de saúde, em grande parte não regulamentado, absorveu toda a demanda excedente não atendida pelo sistema público. O seguro privado cobria somente 3% da população do México e as pessoas seguradas tinham cobertura apenas para um número mínimo de procedimentos.

---

[7] *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*

[8] O programa IMSS-Oportunidades ficou conhecido primeiramente como IMSS-COPLAMAR e, depois, como IMSS-Solidaridad.

[9] *Seguro de Salud para la Familia*

[10] No início, o programa ficou conhecido como Solidaridad e, depois, como Progresa.

[11] Eduardo González Pier e Alberto González Hernández, "Regulación Saludable del Sector Farmacéutico", em Competencia Económica en México, Editorial Porrúa, México 2004.

[12] Banco Mundial, "*Universal Health Insurance Coverage in Mexico: in search of Alternatives*", Human and Social Development Group, América Latina e Região do Caribe, México, dezembro de 2003

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Em comparação, em outros países da OECD[13], aproximadamente 70% da população contavam com alguma forma de cobertura de seguro formal para minimizar os gastos com saúde. As altas mensalidades eram uma grande barreira, que impedia a aquisição de seguros-saúde privados pela maioria dos mexicanos.

No geral, os gastos do México com a saúde eram baixos. Em 2003, o país gastou 6,1% de seu PIB na área da saúde, em comparação com uma média de 8,4% para os países da OECD, 9,5% para a Argentina, 7,6% para o Brasil e 7,0% para o Chile. Com relação às despesas com a saúde, os gastos do setor público mexicano também eram baixos: somente 44,9% do total em comparação com uma média de 72% em outros países da OECD.[14]

Várias características levantaram questões quanto à equidade do sistema. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o sistema de saúde geral do México na posição 51 entre 191 países, embora o tenha classificado na posição 144 em termos de equidade financeira.[15] Um dos fatores considerados foi a distribuição desproporcional dos gastos com a saúde pública, que eram direcionados para a população coberta pelo seguro-saúde público em comparação com a população não segurada. Considerando-se a cobertura *per capita*, os segurados recebiam quase o dobro (1,9) de assistência do governo do que os não segurados (veja o **Apêndice 3**). Além disso, como grupo os não segurados representavam a população dos segmentos de mais baixa renda da sociedade.

Devido ao acesso limitado da população aos sistemas públicos de seguro-saúde, e à reduzida quantia *per capita* destinada pelo governo aos sistemas, por meio de instalações médicas de acesso público, as populações de baixa renda tinham de recorrer ao sistema privado para obter a maioria dos serviços médicos. Desse modo, os pagamentos eram feitos com recursos próprios e não eram reembolsados. No total, 58% dos gastos gerais com a saúde no México eram despesas pagas com recursos próprios, acima de muitos outros países da América Latina, incluindo o Brasil, o Chile, a Colômbia e a Costa Rica.[16] Esses dados mostravam que famílias de renda mais baixa gastavam uma parcela maior de sua renda em comparação com as famílias com mais poder aquisitivo.

A distribuição da verba para a saúde entre os estados mexicanos também era desigual. As pessoas nos estados mais ricos do Norte recebiam um atendimento muito melhor do que as dos estados mais pobres das regiões Centro e Sul. Por exemplo, entre os estados ricos e pobres, a diferença da renda per capita dos médicos era de três vezes e a diferença das despesas por pessoa não segurada era de oito vezes. A cobertura do seguro era regressiva entre os estados e entre os diferentes níveis de renda. Por exemplo, em Chiapas e em Oaxaca, dois dos estados mais pobres. Somente 25% e 31% dos moradores eram segurados, enquanto essa mesma estatística subia para 70% nos estados mais ricos do Norte.[17] No ano de 2000, mais de 60% das pessoas no nível de renda mais alto eram seguradas pelo sistema público de saúde, em comparação com somente 10% no nível mais baixo.

---

[13] A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico é uma organização internacional de países desenvolvidos que aceita os princípios de democracia representativa e economia de mercado livre. O México se associou à OECD em 1994. (Fonte: www.wikipedia.com)

[14] Em 2002, os gastos dos Estados Unidos na área da saúde representavam 14,6% do PIB. Fonte: OECD Reviews of Health Systems: Mexico, OECD Publishing, França, 2005.

[15] Felicia Knaul, Héctor Arreola, Oscar Méndez e Martha Miranda, "*Preventing Impoverishment Promoting Equity and Preventing Households from Financial Crisis: Universal Health Insurance through Institutional Reform in Mexico*", reunião da Global Development Network, São Petersburgo, Rússia, janeiro de 2006.

[16] A.C. Torres, F. Knaul, "*Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México 1992-2000*", em Caleidoscopio de la Salud, Funsalud, 2003.

[17] OECD p.p. 68.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Além disso, as despesas com a saúde, que tinham um impacto catastrófico e empobrecedor[18] na família, eram mais de quatro vezes maiores entre os não segurados do que entre os segurados (veja o **Apêndice 4**). [19] Entre as famílias no nível de renda mais baixo, 19% tinham despesas catastróficas e empobrecedoras com a saúde, enquanto somente 2,9% das que estavam no nível de renda mais alto precisavam arcar com essas despesas, e nenhuma delas era empobrecedora. Entre os pobres, as despesas catastróficas ou empobrecedoras com a saúde eram causadas principalmente pelos gastos com medicamentos (65,7%), enquanto entre os ricos a causa era a hospitalização (51%).[20]

A reforma de 2003 do sistema de saúde mexicano

Em 1º de dezembro de 2000, após uma eleição histórica que quebrou o ciclo de um só partido no poder desde a revolução, o presidente Vicente Fox assumiu o poder. Pela primeira vez na história do país, a administração de Fox incluía um ministro da saúde, que na realidade era um profissional com formação na área de saúde pública. Julio Frenk, depois de se formar na Universidade Autônoma Nacional do México (UNAM), foi para a Universidade de Michigan fazer mestrado em saúde pública, mestrado em sociologia e doutorado em sociologia e organização médica. Como ministro da saúde, Frenk recrutou profissionais como González Pier para fazer parte de sua equipe, motivando-os com o objetivo de fazer uma mudança radical na estrutura da saúde pública nacional.

Aprovada pelo Congresso em 2003, a reforma do sistema de saúde criou o Sistema de Proteção Social da Saúde (SPSS).[21] O sistema tinha como base um novo plano de seguro para a base da pirâmide, o Seguro-saúde popular ou *Seguro Popular* (SP), que começou a ser testado em 2001. O SP era um programa de saúde voluntário, que visava a fornecer cobertura para a população não segurada pelo sistema atual (veja o **Apêndice 5** para obter uma visão geral do sistema público de saúde mexicano). Estava voltado para a família, não para o indivíduo. As mensalidades do SP eram progressivas, e a população no nível mais baixo de renda[22] estava isenta do pagamento (se aderisse a algumas práticas preventivas de saúde), e o de despesas limite era 5% da renda familiar. (Para obter detalhes sobre o financiamento do programa SP, veja o **Apêndice 15A e B)**. O SP era um seguro portátil, que fornecia cobertura para um grande número de intervenções médicas básicas e hospitalares (cobrindo 85% dos serviços médicos prestados no México), bem como testes laboratoriais e todos os medicamentos. Os cuidados eram prestados nas instalações dos Serviços Estaduais de Saúde; a unidade prestava os serviços gratuitamente (embora a lei previsse a possibilidade de introduzir pagamentos adicionais posteriormente) e cobria o titular e seus dependentes.

Entre os primeiros experimentos em 2001 e 2003, aproximadamente 600.000 famílias se inscreveram no programa SP. No final de 2004, o número de inscrições tinha aumentado para 1,5 milhão de famílias, representando mais de 5 milhões de pessoas que anteriormente não tinham nenhuma outra forma de seguro-saúde. As autoridades mexicanas esperavam ter 5 milhões de

---

[18] Despesas catastróficas com a saúde foram definidas como gastar 30% ou mais da renda disponível (renda total menos gastos com necessidades básicas, como alimentos) com a saúde. Despesas empobrecedoras com a saúde foram definidas como estar abaixo da linha da pobreza ou aumentar o nível de pobreza devido a despesas com a saúde.

[19] Felicia Knaul, Héctor Arreola, Oscar Méndez e Martha Miranda, "*Preventing Impoverishment Promoting Equity and Preventing Households from Financial Crisis: Universal Health Insurance through Institutional Reform in Mexico*", reunião da Global Development Network, São Petersburgo, Rússia, janeiro de 2006.

[20] G. Nigenda, E. Orozco e G. Olaiz, "*La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud*", em Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

[21] *Sistema de Protección Social en Salud*

[22] Um quinto da população se enquadra no nível de renda mais baixa.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

famílias inscritas até o final de 2006. Com pouco acesso a opções de melhor qualidade ou mais baratas, as famílias de mais baixa renda deviam ser o grupo mais favorecido pelo programa SP. Em 2004, 93% dos inscritos pertenciam ao nível de renda mais pobre e, na maioria, eram comunidades rurais de todos os estados do país. Como essas famílias estavam qualificadas para não pagar nenhuma taxa, em 2004, a contribuição individual foi responsável por apenas 1,2% do financiamento do SP; do restante, 30% eram financiados pelos governos estaduais e o resto era pago pelo governo federal.[23]

De acordo com as pesquisas[24], o incentivo mais importante para as famílias de baixa renda se inscreverem no SP foi a diminuição dos pagamentos feitos com recursos próprios relacionados a medicamentos, por meio da cobertura fornecida por um plano de medicamentos de alta qualidade. Outros incentivos foram: menor tempo de espera, melhor atendimento e maior quantidade de informações. Anteriormente, nas clínicas do SS, MoH ou SHS, os medicamentos raramente estavam disponíveis no estoque, o que obrigava as pessoas a adquiri-los em farmácias particulares nas quais não seriam reembolsadas (veja o **Apêndice 6** para saber mais sobre o fornecimento de medicamentos por instituição e tipo de tratamento). Sem acesso à cobertura do seguro, quanto menor a renda maior a porcentagem representada pelos medicamentos nos gastos totais de uma família em termos de cuidados médicos. Para os dois níveis mais baixos, os medicamentos representavam respectivamente 59% e 49% das despesas da família com saúde (veja o **Apêndice 7**).

Apesar do sucesso das inscrições nos primeiros anos, houve muitos desafios ao longo do caminho até que fosse alcançado o objetivo do governo de inscrever toda a população não segurada no programa SP até 2010. Por exemplo, no final de 2005 algumas comunidades rurais ainda não tinham acesso a serviços medicos, ou os serviços disponíveis nem sempre tinham a qualidade adequada. Além disso, recursos adicionais eram necessários para atender a toda a população não segurada. De acordo com o MoH, um subsídio equivalente a aproximadamente 1% do PIB era necessário para concluir a reforma.[25] A renda adicional deveria vir de novos impostos, pois não havia muita possibilidade de fazer arranjos com os orçamentos existentes. Uma complexidade a mais foi o fato de que a qualidade e a eficiência desses primeiros estágios do SP deveriam ser atingidas com os poucos recursos alocados pelo financiamento federal após a inscrição das famílias no programa SP.

As *Farmacias Simi*

Em 1997, seis anos antes das reformas revolucionárias do ministro Frenk, Victor González Torres fundou a rede das *Farmacias Similares*, abrindo a primeira loja em um bairro de baixa renda da Cidade do México. Foi a primeira farmácia do México dedicada exclusivamente a medicamentos genéricos, com os produtos das prateleiras pelo menos 30% mais baratos do que os medicamentos das marcas tradicionais disponíveis nas demais farmácias do país.[26] À medida que crescia, a rede desenvolvia

[23] Ministério da Saúde, "*México Salud 2004: Información para la Rendición de Cuentas*", México, 2005, p.p. 75.

[24] As pesquisas foram realizadas com 12 grupos em quatro estados e registradas em Nigenda, Orozco e Olaiz, *et.al.,* (2003).

[25] Ministério da Saúde 2005, *México Salud 2004*, p. 68.

[26] Os medicamentos vendidos nas Farmacias Similares eram chamados de *similares* ou *cópias genéricas*, pois não havia nenhuma prova clínica de que eles funcionavam tão bem quanto os medicamentos de marca. Os testes necessários para verificar a equivalência dos medicamentos eram chamados de testes de intercambialidade. Entre 1976 e 1996, ocorreram mudanças importantes nas normas dos direitos de propriedade intelectual no México, que afetaram de forma significativa os produtos disponíveis na indústria farmacêutica. Os direitos de patente foram reconhecidos e protegidos e uma política de genéricos intercambiáveis foi elaborada. Segundo essa política, todos os laboratórios que produzem medicamentos genéricos no México devem realizar os testes de intercambialidade.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

um formato distinto (veja os **Apêndice 8A, B e C**). Diferentemente das farmácias convencionais, as lojas procuravam deixar a maior porta de entrada possível voltada para a rua, permitindo que o cliente visse a loja inteira da calçada e acessasse a tabela de preços sem entrar. O interior da loja era claro, com luzes fluorescentes e paredes brancas. Atrás do balcão, os produtos eram devidamente dispostos em prateleiras de metal cheias. A equipe vestia aventais de laboratório brancos e engomados e era treinada para fornecer serviços eficientes e ser gentil, bem como para limpar constantemente o balcão. Durante os períodos mais calmos, um funcionário da equipe de manutenção verificava as paredes várias vezes por dia e retocava a pintura branca conforme necessário. Ao lado da maioria das lojas das *Farmacias Simi* havia um consultório médico aberto ao público, com uma sala de espera simples (veja o **Apêndice 8D**).

As *Farmacias Simi* se expandiram rapidamente para as maiores cidades do México, com o auxílio de uma campanha de publicidade em massa que tinha o *slogan* popular "*lo mismo pero más barato*" ("o mesmo, só que mais barato"). Em 2005, a Simi era a maior rede de farmácias da América Latina, com vendas chegando a US$ 600 milhões[27] e atendendo mais de 10 milhões de clientes por mês.[28] A Simi tinha 3.677 lojas, das quais 3.468 estavam no México. Essa abrangência permitiu que houvesse pelo menos uma loja em cada cidade mexicana com mais de 5.000 habitantes e garantiu sua presença em todos os estados do país.[29] Sua marca, "Similares", foi responsável por 12% de todos os medicamentos vendidos no país e 40% de todos os genéricos. A participação das Farmacias Simi no consumo *per capita* de medicamentos aumentou de 8% em 2003 para 12% em 2004.[30] Em 2003, a rede levou seu conceito para outros países da América Latina. Em 2005, as *Farmacias Simi* estavam presentes na Guatemala (100 farmácias, das quais 20 eram franquias), El Salvador, Honduras, Nicarágua, Costa Rica, Equador, Panamá, Peru, Argentina (50 lojas) e Chile. O número de funcionários diretos havia aumentado para 15.500. As farmácias desenvolveram um programa de fidelidade com descontos para os clientes leais por meio do do "Cartão de amigos do Dr. Simi"; em novembro de 2005, o programa contava com 5.250.000 membros.[31]

A origem das Farmacias Simi

Victor González Torres, fundador da Simi, nasceu em 1947 em uma família de farmacêuticos. Seu bisavô havia sido um dos primeiros farmacêuticos do México. Em 1965, enquanto estudava contabilidade pública, González Torres passou a trabalhar nos negócios da família, atuando no Best Laboratories (Best Labs), uma empresa fundada por seu pai.

O Best Laboratories era um dos aproximadamente 200 laboratórios mexicanos que surgiram na década de 1950, para atender exclusivamente às necessidades do setor público de medicamentos genéricos.[32] Esses medicamentos, que constituíam 80% das compras do sistema público de saúde, eram usados somente no setor público, sendo administrados para os pacientes nas instalações públicas de saúde ou fornecidos gratuitamente pelas farmácias públicas. A competição era intensa. Os 20 maiores laboratórios eram responsáveis por apenas 10% do mercado. Os planos de seguro do

---

[27] Omar López Vergara, "Dr. Simi: Más famoso que Mickey Mouse", Expansión, 11 de setembro de 2005.

[28] Anúncio "Por un Pais Mejor, A.C." no jornal da Cidade do México *Reforma*, 9 de janeiro de 2006.

[29] Farmacias de Similares, www.farmaciasdesimilares.com.mx, último acesso em 20/12/2006.

[30] Estimativas do Knobloch Information Group.

[31] "Víctor Gonzalez Torres: Un empresario en Busca de un País Mejor¨, Simimex Editors, agosto de 2005, México.

[32] "Potent prescription: In Mexico, maker of generics adds spice to drug business", *The Wall Street Journal*, 14 de fevereiro de 2005.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

SS compravam 94,5% dos medicamentos, enquanto os sistemas do SHS e do MoH, que atendiam às pessoas não seguradas, ficavam com os 5,5% restantes.[33]

O mercado do setor privado era bastante diferente. Aproximadamente 70 laboratórios, dos quais três quartos eram estrangeiros, fabricavam produtos de marca para as farmácias comerciais que, até a chegada das *Farmacias Simi*, vendiam somente medicamentos de marca. Os 20 maiores laboratórios eram responsáveis por 60% do mercado.[34] Quando comparados em termos de unidades, os setores privado e público eram quase semelhantes em tamanho, mas em termos de valor o mercado privado era 5,6 vezes maior (veja o **Apêndice 9**).

Em 1976, González Torres foi nomeado CEO do Best Labs e, pelos próximos 20 anos, liderou essa empresa no segment extremamente competitive de saúde pública. Em 1996, ele fundou o *Movimiento Nacional Anticorrupción (MNA)*, ou Movimento Nacional Anticorrupção, com o objetivo de reformar o sistema de aquisição pelo qual o sistema nacional de saúde comprava os medicamentos. González Torres chamou a atenção para a falta de transparência do sistema e acusou administradores e políticos de corrupção em massa.[35] Um ano depois, em uma loja a alguns quarteirões de distância do Best Labs, ele lançou a primeira Farmacia Simi, disponibilizando para o público geral os genéricos que a empresa tinha fornecido anteriormente para o setor público. Sem nenhum produto nas prateleiras com uma marca conhecida do público, seu único apelo era um enorme diferencial no preço que, conforme prometia, podia gerar uma "economia de até 75%".

Revolucionando a indústria farmacêutica mexicana

Desde o início, as grandes empresas da indústria farmacêutica do México ficaram preocupadas com as *Farmacias Simi*. As agressivas campanhas de publicidade se transformaram em marca registrada da Simi, com grande uso de *outdoors* e anúncios de jornal. Porém, além das mensagens tradicionais o "Dr. Simi" fazia reclamações públicas contra os grandes laboratórios farmacêuticos estrangeiros e a burocracia do sistema nacional de saúde, acusando-os de abuso da população humilde com preços exorbitantes e práticas corruptas. À medida que a rede de farmácias crescia, surgiam dúvidas sobre se os produtos vendidos pela Simi eram realmente equivalents, do ponto de vista terapêutico, aos vendidos pelas farmácias normais, que tinham o aval de marcas estabelecidas e geralmente globais. Uma campanha publicitária farmacêutica no México mostrava a imagem de uma criança com a mensagem: "Seu filho não é genérico."

A indústria farmacêutica no México atingiu vendas de US$ 9 bilhões em 2004, dos quais 80% eram de origem privada.[36] As vendas desse setor representavam 1,3% do PIB e aproximadamente 20,9% das despesas totais com a saúde.[37] A produção física de medicamentos crescia em um ritmo constante, com taxas de 4,85% por ano, um pouco mais lentas do que as taxas de crescimento do PIB. No entanto, em termos de valor o crescimento tinha sido de 8%, o 5° maior entre os países da OECD, pois o preço dos medicamentos havia aumentado na casa de dois dígitos entre 1997 e o início do século. Os preços de produtos farmacêuticos no México eram os maiores da América Latina: em

[33] *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, França 2005, p. 54.

[34] OECD, *et.al.*, p. 53

[35] Farmacias de Similares, www.farmaciasdesimilares.com.mx e Movimiento Nacional Anticorrupción, www.mna.org.mx, último acesso em 23/02/07.

[36] "Potent prescription", *WSJ*, 14 de fevereiro de 2005

[37] Os gastos com medicamentos em relação a todas as despesas com saúde eram maiores no México do que a média de 17,7% na OECD. Fonte: OECD Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Mexico, mimeo, 2005.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

média, os medicamentos custavam US$ 7,40 por unidade, enquanto a média da América Latina era de US$ 5,10. O total das vendas no mercado farmacêutico privado aumentou de US$ 3,3 bilhões em 1997 para US$ 7 bilhões em 2003, enquanto o número de unidades de medicamentos vendidas permanecia praticamente igual. Considerando-se o valor *per capita*, os gastos anuais em 1994 eram de US$ 48; esse valor aumentou para mais de US$ 148 em 2004. A indústria local fornecia 86% de todos os medicamentos consumidos no país. Os medicamentos eram produzidos por aproximadamente 300 laboratórios com instalações de produção no México, dos quais 23% eram estrangeiros, principalmente dos Estados Unidos e da Europa. Os novos produtos vinham principalmente de laboratórios estrangeiros, enquanto os laboratórios nacionais produziam a maior parte dos medicamentos de marca e dos genéricos sem marca. Os laboratórios estrangeiros eram responsáveis por mais de 60% das vendas farmacêuticas no México.[38]

As *Farmacias Simi* começaram a introduzir seus produtos genéricos com a marca "Similares", reforçando em cada embalagem a promessa de seu *slogan* "o mesmo, só que mais barato". Era um conceito novo para o México. Embora os clientes interessados no preço começassem a experimentar os produtos, os médicos particulares continuavam desconfiados, e acreditavam no argumento da indústria farmacêutica de que os medicamentos eram suspeitos: dizia-se que eles continham os mesmos princípios ativos, mas não havia nenhum teste de bioequivalência para comprovar isso.

Em 1998, uma reforma nas leis de nacionais de saúde trouxe uma diferenciação exclusiva para a indústria farmacêutica mexicana. A maioria dos países separava os medicamentos em dois grupos: medicamentos de marca e genéricos. De acordo com a nova emenda, os medicamentos no México eram divididos em três tipos. *Medicamentos inovadores (ID)* eram aqueles protegidos pelas patentes em vigor. Nesse país a proteção da patente durava até 20 anos, e depois qualquer empresa podia fabricar o medicamento com o mesmo princípio ativo da fórmula original. Na prática, os IDs eram território exclusivo dos laboratórios internacionais. Então o México dividiu os medicamentos genéricos em dois grupos. *Genéricos intercambiáveis (IG)* eram aqueles que tinham sido aprovados em todos os testes clínicos, que comprovavam que o medicamento tinha a mesma quantidade do princípio ativo do medicamento original e funcionava tão bem quanto o original no corpo humano (isto é, a taxa de dissolução era a mesma).[39] Eram os conhecidos testes de bioequivalência e biodisponibilidade (BE) que custavam, em média, cerca de US$ 65.000.[40] *Similares ou cópias genéricas (SG)* eram medicamentos aprovados e registrados pelo MoH, mas que não tinham sido submetidos aos testes BE, e portanto não eram oficialmente reconhecidos como idênticos ou como medicamentos que funcionavam exatamente da mesma maneira que os originais. Essas classificações não tinham relação com as marcas. Embora todos os IDs tivessem marca, os produtos continuavam sendo vendidos com a marca após o vencimento da patente, tornando-se IGs do ponto de vista técnico. Após o vencimento da patente, outros laboratórios poderiam produzir o medicamento como IG ou SG e optar por colocar uma marca ou não. De acordo com as novas cláusulas, ficou claro que todos os produtos das *Farmacias Simi* eram SGs, "similares" mas não idênticos segundo a lei.

Com o passar do tempo, a indústria farmacêutica intensificou suas dúvidas sobre a qualidade dos medicamentos vendidos pelas *Farmacias Simi* e das cópias inspiradas pela rede. O problema ganhava cada vez mais visibilidade nacional à medida que o volume físico dos genéricos vendidos pelo setor privado começava a ser significativo. Em 2002, os medicamentos SG eram responsáveis por 36% das unidades vendidas. Os medicamentos IG continuavam insignificantes, com a taxa de 0,3%, de modo que o crescimento ocorreu em detrimento dos produtos de marca, pois os IDs, juntamente com os

[38] Ministério da Saúde, "Hacia una política farmaceútica integral para México", México, 2005-

[39] Entrevista do autor do caso com Eduardo González Pier, fevereiro de 2006.

[40] "Potent prescription", *WSJ*, 14 de fevereiro de 2005.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

medicamentos que ainda estavam sob proteção de patente, passaram a ser responsáveis por 63,7% do mercado privado.[41] Nesse mesmo ano, o Congresso aprovou uma lei exigindo que o setor público comprasse somente IGs e permitindo os SGs somente quando os IGs não estivessem disponíveis. A mudança na lei aumentou a quantidade de IGs de 962 para 2.606. Isso abriu o caminho para que a indústria acabasse solicitando uma medida que impedisse o público de comprar medicamentos que não tivessem sido submetidos aos testes de intercambialidade. O Congresso transformou a solicitação em uma lei, que exigia que todos os medicamentos vendidos ao público tivessem os testes de BE. Conforme já mencionado, González Torres se opôs veementemente à medida e o debate chegou à imprensa e às câmaras legislativas. Inesperadamente, o "Dr. Simi" inverteu as posições, acalmando as forças que lutavam contra a lei. No início de 2005, o Congresso aprovou outra emenda da lei nacional sobre saúde, exigindo que *todos* os genéricos fossem submetidos aos teste de BE. A indústria tinha 5 anos para se adaptar às novas exigências e cumprir a nova cláusula. Desse modo, em 2010, todos os SGs teriam desaparecido das prateleiras e sido substituídos pelos IGs. Em 2005, 15% de todos os medicamentos das *Farmacias Similares* tinham sido submetidos aos teste de BE e todos haviam sido aprovados.[42]

Farmacias Simi - panorama empresarial

Começando com uma linha original de produtos composta principalmente por produtos fabricados pelo Best Labs, as *Farmacias Simi* haviam se expandido para incluir aproximadamente 600 produtos fornecidos pelo laboratório Best[43] e aproximadamente outros 60 laboratórios mexicanos. Na hora de escolher os produtos oferecidos, o preço de varejo foi fundamental. Nenhum produto era incluído se não pudesse ser vendido por um preço no mínimo 30% menor do que seu equivalente de marca da concorrência. Um analista estimou que, no México, a diferença de preço entre os genéricos em geral (não apenas os da Simi) e os medicamentos de marca equivalentes estava na faixa dos 70%.[44]

As *Farmacias Simi* vendiam uma ampla gama de medicamentos básicos e produtos complementares, incluindo artigos de beleza e higiene pessoal. A linha de produtos era constantemente expandida e atualizada, pois a maioria dos clientes acabava comprando mais esses itens do que medicamentos.[45] Um exemplo recente havia sido o "Simicondón", um preservativo barato que fora aprovado nos testes de durabilidade e qualidade da agência mexicana de proteção ao consumidor, a Profeco.[46] Originalmente ele foi introduzido no mercado pelas "Simi Chicas", um grupo formado especificamente para esse fim. O Simicondom se transformou no produto mais vendido das *Farmacias Simi*. Outro lançamento recente de sucesso foram as "SimiVitamins", um suplemento para reforçar a dieta da clientela das *Farmacias Simi*. Um *outdoor* popular espalhado por toda a Cidade do México mostrava González Torres e o *slogan* "Exercício + Vitaminas = Saúde". Em 2005, os itens que não eram medicamentos representavam 25% do total de vendas da rede.

---

[41] González, *et.al*., 2004

[42] "Potent prescription", *WSJ*, 14 de fevereiro de 2005.

[43] O Best Labs fornecia aproximadamente 20% da linha de produtos das Farmacias Simi ("Potent prescription", *WSJ*, 14 de fevereiro de 2005).

[44] Knobloch Information Group

[45] "Potent prescription", *WSJ*, 14 de fevereiro de 2005.

[46] A Profeco atribuiu a esse produto sua segunda classificação mais alta "Muito bom", conforme noticiado em *El Universal*, 13 de novembro de 2006 (Fonte: www.mexiconews.com.mx)

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

O sucesso dos novos produtos teve a ajuda do sistema de remuneração das farmácias, de acordo com o qual incentivos monetários baseados no desempenho representavam uma grande parcela do pagamento da equipe de vendas. Por exemplo, depois de lançar a nova linha de vitaminas, a equipe de vendas recebeu um bônus equivalente a 5% das vendas das SimiVitamins. Os bônus poderiam constituir 50% ou 100% do salário. Como resultado, os funcionários das *Farmacias Simi* recebiam um salário acima da média, em comparação com o mercado como um todo e com empregos similares.[47]

Assim como os gerentes regionais monitoravam o desempenho das lojas da Simi, a qualidade dos produtos das prateleiras era supervisionada de perto. Cada laboratório de fornecedor recebia a visita da equipe de controle de qualidade das *Farmacias Simi*, e cada medicamento devia ser testado em laboratórios de terceiros pré-aprovados e receber um "Certificado de análise" para comprovar sua aprovação.[48]

Uma parte integrante das *Farmacias Simi* era o consultório médico que ficava ao lado de todas as lojas, exceto das menores. O formato típico era uma sala de espera com 5 a 10 lugares, com uma porta no fundo que levava ao consultório do médico que também servia como sala de exames. Na parede da sala de espera, um cartaz indicava que o consultório médico "não atendia emergências médicas, não aplicava injeções e não fazia curativos". Era o consultório de um médico da família, que fazia consultas de clínica geral. O cartaz da parede também mostrava o nome dos médicos atendentes e o número de seus registros oficiais para exercer a medicina. Normalmente, cada consultório tinha dois médicos, um para o turno da manhã das 09h00 às 15h00 e outro das 15h00 às 21h00. Os pacientes não agendavam as consultas. O médico os examinava por ordem de chegada, por uma taxa fixa de P$ 20, o equivalente a menos de US$ 2. O tratamento de uma doença comum como conjuntivite custaria P$ 79 no total (P$ 20 para a consulta do médico e P$ 59 para dois tipos diferentes de colírio), o que equivale a menos de US$ 8.[49]

Embora as clínicas ficassem bem ao lado das farmácias (às vezes, por cima delas, dependendo das limitações físicas), elas não faziam parte formalmente das *Farmacias Simi*. Eram operadas pela Best Foundation, uma organização sem fins lucrativos do México, criada em 1994, que recebia regularmente doações das *Farmacias Simi* e do Best Labs. A fundação cuidava de toda a infraestrutura das clínicas (aluguel, eletricidade, consultório médico, manutenção etc.), contratava os médicos e supervisionava seu desempenho. A única remuneração dos médicos era a taxa da consulta de P$ 20, que recebiam integralmente. Eles não recebiam nenhuma comissão das *Farmacias Simi*. Suas prescrições, assim como as de qualquer outro médico, podiam ser apresentadas em qualquer farmácia.

O perfil de um médico da Best Foundation era a de um profissional recém formado que tinha enfrentado um dilema: associar-se ao sistema público de saúde ou abrir seu próprio consultório particular, embora pudéssemos encontrar médicos de várias idades. Em média, um médico da Best Foundation atendia a 20 pacientes por dia. Considerando-se cinco dias úteis em uma semana de trabalho, a renda mensal seria de P$ 8.400, que poderia aumentar para P$10.000 com mais um dia de trabalho na semana. No México, 82,6% dos médicos trabalhavam no setor público,[50] onde tinham

---

[47] Entrevistas do autor do caso com franqueados das Farmacias Simi, fevereiro de 2006.

[48] "Revelan farmacias planes de expansión", *Reforma*, 6 de julho de 2005 e entrevistas do autor do caso com franqueados das Farmacias Simi, fevereiro de 2006.

[49] Os autores do caso gostariam de agradecer o professor James Austin da Harvard Business School, que documentou sua visita a uma clínica médica da Best Foundation em Oaxaca, fevereiro de 2006

[50] J.A. Ruiz, J. Molina e G. Nigenda, "*Médicos y Mercado de Trabajo en México*", em Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

contratos fixos negociados por sindicatos nacionais, que estipulavam um salário fixo, as horas de trabalho e os benefícios do seguro social. O salário mensal médio de médicos jovens com grau de bacharel em medicina era de P$ 3.323. Para os médicos mais experientes, o salário médio aumentava para P$ 4.660. No setor privado, o salário médio de um médico era de P$ 9.034, e muitos ganhavam bem mais.[51] Em 2005, a Best Foundation tinha 2.856 consultórios medicos, com uma equipe de 4.841 profissionais. González Torres observou que essas clínicas proporcionavam acesso a 2,3 milhões de consultas médicas por mês.[52]

Desde o início, González Torres percebeu que as franquias desempenhariam um papel fundamental na rápida expansão da rede Simi. Em 1999, das 155 lojas 40 eram franquias. Em 2000, o número tinha aumentado para 175, de um total de 375 lojas. Em 2005, as franquias ultrapassaram o número de lojas de propriedade da Simi, representando 2.505 unidades ou 68% de um total de 3.688 lojas. No entanto, as lojas de propriedade da rede eram responsáveis pela maior parte das vendas (45%), pois as *Farmacias Simi* tinham uma participação maior nas farmácias maiores, em comparação com as de médio ou pequeno porte. As franquias funcionavam de modo diferente, dependendo principalmente do tamanho do centro populacional a que atendiam. Cerca de 30% das franquias – as lojas "minúsculas" – estavam localizadas em cidades pequenas (entre 5.000 e 20.000 habitantes). Outros 30% das lojas de franquia estavam em cidades com 20.000 a 50.000 habitantes e os 40% restantes estavam localizados em cidades com mais de 50.000 habitantes.[53] Os **Apêndices 10A e B** mostram o crescimento da rede ao longo dos anos.

O explosive sucesso sucesso das *Farmacias Simi* não passou despercebido. Várias outras farmácias de medicamentos genéricos apareceram no país, imitando o modelo da rede Simi. Todas elas tinham um consultório médico ao lado da farmácia, mas em muitos casos os médicos recebiam uma comissão das vendas originadas de suas prescrições. O maior concorrente da rede Simi era uma rede chamada "Doctor Descuento", do irmão de González Torres, Javier. Entre os bens históricos da família estava uma farmácia tradicional, *El Fénix*, fundada na década de 1950. Enquanto Victor tinha deixado os negócios da família para criar as *Farmacias Simi*, Javier tinha mantido a propriedade da antiga farmácia. Em 1999, abriu a Doctor Descuento, competindo abertamente com a rede Simi, e em 2005 possuía 500 farmácias.[54] Em sua trajetória de expansão, a Doctor Descuento pousou primeiro na Argentina onde deu início a uma rede chamada "Doctor Ahorro" ("Dr. Economia"). As duas redes se envolveram em uma disputa – que ganhou destaque na mídia – pelo domínio do segmento farmacêutico argentine de baixa renda. Outro concorrente de peso das *Farmacias Similares* foi *Mi Farmacita*, que tinha 32 lojas em 2005.[55]

Ao mesmo tempo em que outros entravam no segmento de baixa renda, a rápida expansão das *Farmacias Simi* aumentva ainda mais sua abrangência para atender não só aos bairros urbanos de baixa renda originais (segmentos de renda D e E), mas também às áreas de classe média (segmento de renda C) das maiores cidades do país (veja o **Apêndice 11** para obter uma análise da população do México por segmentos de renda). Além disso, González Torres iniciou o projeto piloto de um

---

[51] A. Aguilar, G. Nigenda, O. Méndez e F. Knaul "*Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México*", em Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.

[52] Anúncio "Por un Pais Mejor, A.C." no jornal da Cidade do México *Reforma*, 9 de janeiro de 2006

[53] Entrevistas do autor do caso com franqueados das Farmacias Simi.

[54] Darío Celis Estrada, "Farmacias Similares versus la Profeco, el IMPI y el IMSS; el suministro de Best y la liga anticorrupción", *Reforma*, 1º de agosto de 2002 e Manuel Sbdar, "¿Dolor de Cabeza? Una farmacia le propone consumir más y otra pagar menos", 21 de junho de 2006, em www.clarin.com,

[55] Entrevista do autor do caso com Javier G. Munguía, diretor geral do Grupo Farmaceútico del Centro, proprietário de "Mi Farmacita", fevereiro de 2006.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

laboratório médico central, que cuidaria das indicações das clínicas da Best Foundation, e um programa de seguro-saúde básico chamado SimiSeguro para fornecer consultas, tratamento médico e medicamentos com 50% de desconto por uma mensalidade que variava de US$ 2 a US$ 5. Lançado em 2005, o SimiSeguro pretendia ter um milhão de clientes no final do ano, dos quais 10% seriam inscritos gratuitamente.[56] No entanto, em 2006 as lojas da Simi pararam de oferecer o produto. Essas novas iniciativas, embora estivessem claramente relacionadas, não faziam parte das *Farmacias Simi*. Em 1999, González Torres formou o *Grupo por un País Mejor* ("Por um país melhor"), marca sob a qual poderia vincular publicamente todas as suas atividades, que então totalizavam 6 empresas comerciais e 5 instituições sem fins lucrativos (veja o **Apêndice 12**).

As *Farmacias Simi* afetavam também as farmácias tradicionais do México, que começaram a introduzir produtos genéricos em suas prateleiras. Em 2005, as maiores redes de farmácias – Benavides, del Ahorro e Guadalajara – incluíram os genéricos em suas linhas de produtos. Embora o preço dos medicamentos de marca tradicionais fosse muito maior, a porcentagem obtida pela farmácia era em média 15%, em comparação com 40% a 50% dos genéricos. Esse novo segmento de medicamentos genéricos IG e SG, produzidos pelos laboratórios mexicanos e vendidos principalmente por meio de redes especializadas como a Simi – mas cada vez mais pelas farmácias tradicionais, ficou conhecido como "mercado de impulso".[57] De 1994 a 2004, esse mercado cresceu mais de 30% em termos de unidades vendidas. Os analistas esperavam que o crescimento continuasse, e que o setor rapidamente ganhasse participação no mercado em relação ao tradicional mercado privado (de marca) (veja o **Apêndice 13**).

Farmacias Simi - panorama financeiro

Por ser uma corporação privada, as Farmacias Simi não declaravam publicamente seus demonstrativos financeiros. No entanto, usando os dados disponíveis e um conjunto de suposições, uma estimativa *pro forma* pode ser projetada para fins de análise.

A receita da Simi era derivada de duas fontes: as vendas geradas por suas lojas e a renda recebida das franquias. Os preços de varejo eram determinados pela Simi e eram iguais em toda a rede. Os franqueados recebiam as mercadorias da Simi e retinham para si uma parcela do preço de varejo, repassando o restante para a Simi. Essa parcela era de 35% para medicamentos Similares e de 40% para itens que não eram medicamentos, como as SimiVitamins. Oficialmente, os franqueados também deviam pagar royalty de 1% das vendas, caso o total de vendas ficasse abaixo de um determinado limite, mas para a grande maioria das franquias isso era apenas uma formalidade, pois o valor mínimo era sempre atingido. Em média, as despesas de vendas, gerais e administrativas (SG&A) representavam 20% das vendas.[58]

Com a renda gerada, as *Farmacias Simi* tinham de cobrir o custo de todas as mercadorias vendidas, as despesas SG&A de suas próprias lojas e despesas e encargos corporativos adicionais. Foram incluídos posteriormente os custos necessários para administrar seus negócios internacionais e suas campanhas publicitárias agressivas (alguns observadores estimam cerca de US$ 2 milhões por mês). O **Apêndice 14** mostra um demonstrativo de renda *pro forma* estimada para 2005, presumindo US$ 600 milhões de vendas no total, o custo das mercadorias vendidas equivalente a 50% das vendas e as despesas SG&A corporativas totalizando US$ 35 milhões. A taxa tributária mexicana representava

---

[56] www.anunciacion.com.mx último acesso em 1º de março de 2007 e Medicina Digital, 4 de maio de 2005 (www.medicinadigital.com).

[57] Entrevista do autor do caso com J. Munguía, fevereiro de 2006.

[58] Entrevistas do autor do caso com franqueados das Farmacias Simi.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

30%. Com base nessas suposições, os franqueados obtinham uma renda líquida média de 10% a 11% das vendas[59] e, em 2005, as *Farmacias Simi* teriam gerado uma renda líquida de US$ 64 milhões.

Nove anos antes, González Torres tinha inaugurado as *Farmacias Simi* com um capital inicial de US$ 2 milhões. Exceto por uma pequena porcentagem que pertencia à sua mãe, ele Torres era o único proprietário da empresa. Além disso, tinha várias outras empresas cujos negócios estavam relacionados às *Farmacias Simi*, como o Best Labs, a Pharmacy Plastics (que produzia os revestimentos das pílulas), a Pharmacy Transports (responsável por entregar as mercadorias para a rede Simi) e o SimiSeguros.

* * * * *

Eduardo González Pier voltou-se para o computador em sua mesa para começar a escrever o memorando para seu sucessor. Enquanto se lembrava do surgimento do "Dr. Simi" e sua rede de farmácias no do cenário de profundas mudanças que ajudara o ministro da saúde Frenk a criar no sistema público de saúde do México, González Pier escrevia o que considerava serem as principais questões do ponto de vista de política pública. Concluiu então que poderia iniciar seu rascunho falando sobre a rede Simi e continuar a escrever pelos próximos meses para incluir todas as outras questões que tinha em mente.

[59] De acordo com as entrevistas do autor do caso com franqueados das Farmacias Simi.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 1 "Dr. Simi"

Fonte: Foto do autor do caso

Apêndice 2 Víctor González Torres com as Simi Chicas

Fonte: www.siminforma.com.mx, nº 147, 9 de outubro de 2006

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 3 Sistema público de saúde mexicano: Custo por pessoa coberta, 2000

	Gasto por programa diferente (em milhares de pesos atuais)		População coberta	Gasto per capita (pesos atuais)
População não segurada				
Serviços de saúde federais	47,538,640	82,6%	50,507,097	941
Despesas estaduais com a saúde	10,000,370	17,4%		198
Total federal e estadual	**57,539,010**	**34,0%**	**50,507,097**	**1,139**
População segurada				
IMSS	91,020,087	81,4%	40,930,315	2,224
ISSSTE	15,101,493	13,5%	9,128,315	1,654
PEMEX e outros	5,671,721	5,1%	599,128	9,467
Total do seguro social	**111,793,301**	**66,0%**	**52,532,867**	**2,128**
Total do setor público	**169,332,311**		**103,039,964**	**1,643**

Fonte: MoH (2004), Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud 2002, México

Apêndice 4 Despesas catastróficas e empobrecedoras com a saúde por nível de renda

Níveis de renda/status de seguro	Por nível					Por status de seguro		Total
	I	II	III	IV	V	Segurados	Não segurados	
Moradores com despesas catastróficas	4,7	4,2	2,4	2,8	2,9	1,2	5,1	3,4
Moradores com despesas empobrecedoras	19,1	0,3	–	–	–	1,0	6,0	3,8
Despesas catastróficas e empobrecedoras	19,3	4,2	2,4	2,8	2,9	2,2	9,6	6,3
Parcela de moradores segurados pelo SS	10,8	36,5	50,8	58,3	61,7	. .	. .	. .

Fonte: OECD Reviews of Health Systems – México, p. 69.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 5 O sistema público de saúde do México

Programa	Ano	Tipo de plano/programa	Grupos atingidos	Elegibilidade	Pacote de benefícios	Método de financiamento
População segurada - Seguro social (SS)						
IMSS	1943	Planos de seguro social, com prestadores de serviço integrados	Todos os trabalhadores assalariados do setor privado formal (com exceção de trabalhadores autônomos e informais e de desempregados).	• Contribuintes (trabalhadores). • Membros da família	Cuidados primários, secundários, terciários e preventivos/curativos. Os recursos disponíveis determinam os serviços que realmente são oferecidos. Benefícios em dinheiro fornecidos quando o trabalhador está incapacitado por doença ou licença maternidade.	Contribuição tripartite: *i)* Federal: *ii)* Empregador; *iii)* Funcionário: contribuição varia de acordo com o salário
ISSSTE	1960	Planos de seguro social, com prestadores de serviço integrados.	Todos os funcionários públicos (funcionários federais e alguns estaduais).	Igual ao anterior	Igual ao anterior	*i)* Governo federal; *ii)* governo como empregador e *iii)* funcionário
PEMEX, Semar, Sedena	Décadas de 1940 e 1950	Planos de seguro social, com prestadores de serviço integrados	Funcionários das forças armadas e da empresa estatal de petróleo (PEMEX)	Igual ao anterior	Igual ao anterior	Igual ao anterior
População não segurada - Seguro público voluntário						
Seguro de Salud para la Familia (SSF)	1995	Seguro voluntário de saúde pública administrado pelo IMSS.	Pessoas não seguradas que desejam adquirir a cobertura do seguro-saúde voluntariamente	Sujeito ao pagamento das mensalidades do SSF	Mesmo pacote de benefícios do IMSS	*i)* Federal e *ii)* Membros da família: mensalidades estipuladas por faixa etária
Seguro Popular de Salud (SP) incluído no SPSS	Programa piloto: 2001 a 2003; iniciado em 2004	Seguro voluntário de saúde pública coordenado pelo Ministério da Saúde (MoH)	Pessoas não seguradas excluídas do seguro-saúde social, que desejam adquirir o seguro de saúde pública voluntário.	Sujeito a uma taxa anual por família afiliada de acordo com o nível de renda	Pacote básico de intervenções primárias e secundárias e algumas intervenções de cuidados terciários de alto custo	Contribuição tripartite: *i)* Governo federal; *ii)* Federal + Estadual *ii)* Contribuição da família de acordo com o nível de renda
População não segurada - Programas do governo para garantir o acesso aos serviços médicos						
Serviços Estaduais de Saúde (SHS) e instalações do MoH	1943	Sistema público integrado	Desenvolvido especificamente para fornecer acesso a serviços médicos para pessoas sem cobertura do seguro social	As instalações do MoH/SHS estão abertas para toda a população, com taxas pagas pelo usuário	Benefícios abrangentes (cuidados primários, secundários, terciários e preventivos/curativos). Os recursos disponíveis determinam os serviços realmente oferecidos	*i)* Orçamento federal; *ii)* Recursos próprios do estado: *iii)* Despesas pagas pelo paciente (para aqueles não inscritos no SP)
IMSS-Oportunidades	1979	Programa com segmentação geográfica que fornece serviços de saúde para as populações marginalizadas, gerenciado pelo IMSS, mas financiado pelo governo	Grupos marginalizados que vivem em áreas rurais sem acesso a nenhum tipo de serviço básico de saúde	A segmentação geográfica é baseada no nível de isolamento da população.	Cuidados para pacientes ambulatoriais e internados; medicamentos fornecidos em qualquer instalação do IMSS Oportunidades	Orçamento alocado pelo governo federal

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

		federal				
Oportunidades	1997	Programa contra pobreza, que fornece auxílio de renda e serviços sociais mediante comprovação de renda. Um componente de saúde está incluído na ampla estratégia antipobreza.	Pessoas que vivem em extrema pobreza	Famílias em áreas extremamente marginalizadas identificadas por meio de um processo de comprovação de renda.	O componente de saúde oferece acesso gratuito a um pacote básico de intervenções; ele também fornece complementos nutricionais e informações educativas sobre saúde	Financiado pelo governo federal. Os recursos para o componente de saúde do programa Oportunidades são provenientes do orçamento do MoH

Fonte: OECD Reviews of Health Systems – México – © OECD 2005

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 6 Porcentagem de medicamentos fornecidos por tratamento e tipo de instituição

Tipo de tratamento	Medicamentos fornecidos	Tipo de instituição			
		Seguro Popular	SHS e MoH	SS	Privado
Cuidados ambulatoriais	Todos	61,6	36,7	3,6	22,5
	Alguns	13,9	14,7	14,2	8,2
	Nenhum	24,5	48,6	52,2	69,3
Cuidados pré-natais	Todos	73,6	60,4	44,4	27,7
	Alguns	5,4	10,5	44,5	16,8
	Nenhum	21,0	29,1	11,1	55,5
Hospitalização	Todos	60	34,9	55,7	46
	Alguns	25	22,7	19,3	10
	Nenhum	15	42,4	25	44

Fonte: F. Knaul e G. Nigenda eds, Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2003

Apêndice 7 Gastos da família com a saúde por tipo de despesa e nível de renda

Nível de renda	Medicamentos	Ambulatório	Hospitalização	Maternidade	Outros	Total
I	59,3	29,8	1,8	8,9	0,2	100
II	49,0	37,7	6,8	5,1	1,4	100
III	45,8	37,0	4,6	10,6	1,9	100
IV	45,4	30,7	7,5	13,2	3,3	100
V	42,7	41,9	2,4	8,7	4,3	100
VI	39,2	30,8	11,2	13,8	5,0	100
VII	41,6	33,6	10,0	9,0	5,9	100
VIII	37,0	36,8	8,2	8,5	9,5	100
IX	28,4	27,4	25,5	7,0	11,7	100
X	32,4	38,6	15,8	4,7	8,4	100

Fonte: F. Knaul e G. Nigenda eds, Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 2003

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 8A Farmacias Similares - Loja original

Apêndice 8B Interior de uma Farmacia Simi

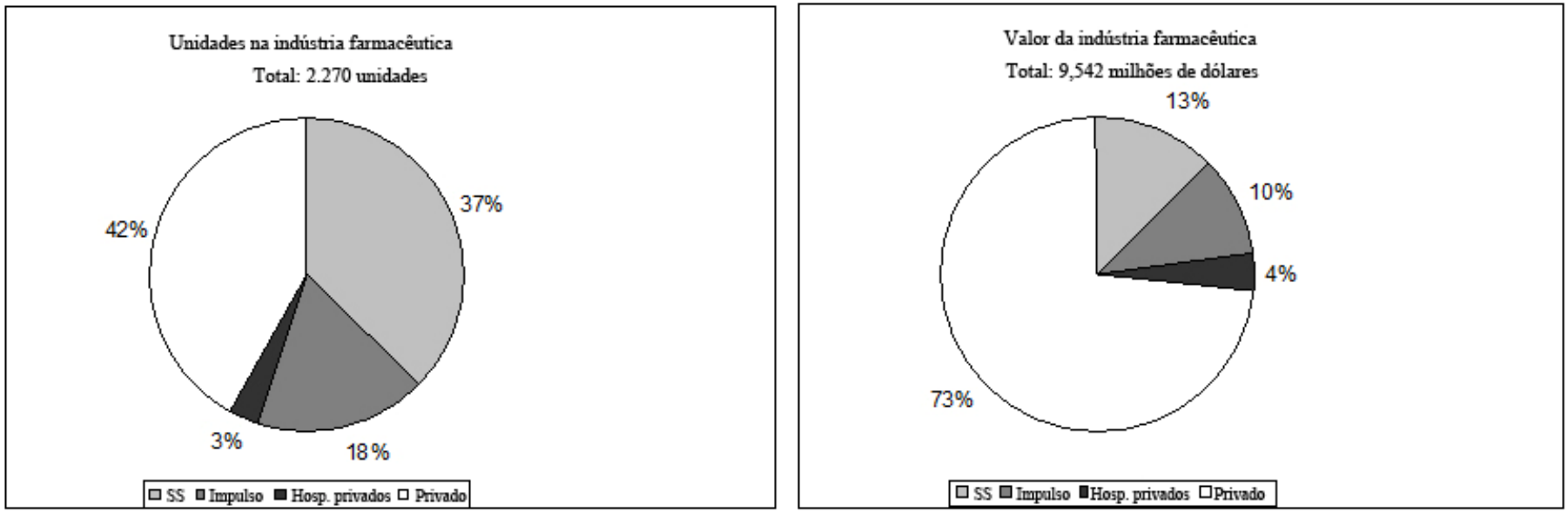
Apêndice 8C Equipe e produtos das Farmacias Simi

Apêndice 8D Sala de espera da clínica médica ao lado de uma Farmacia Simi

Fonte: Fotos do autor do caso

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 9 Indústria farmacêutica do México por unidades e valor - 2002



Fonte: Knobloch Information Group, Mercado Farmacéutico Privado Mexicano, Expo Grupo Farmacéutico, Leon Guanajuato, México, 2005.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 10A *Farmacias Simi* no México 1999 a 2005 (estimativa)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (Est.)
Vendas (milhões de pesos P$)	450.7	1,000.2	1,347.2	1,878.6	3,002.0	4,190.6	5,425.9
Mudança anual		121,9%	34,7%	39,4%	59,8%	39,6%	29,5%
Taxa de câmbio média (P$ = US$ 1)	9.57	9.47	9.32	9.72	10.85	11.30	10.93
Vendas (milhões de US$)	47.1	105.6	144.5	193.3	276.7	370.8	496.4 *
Número de lojas	152	297	360	556	1,279	2,362	3,448
Número de itens na linha de produtos	262	337	380	440	462	487	545

*Divulgado como US$ 600 milhões na imprensa mexicana

Fonte: *Farmacias Similares,* Banco de Mexico

Apêndice 10B Número total de lojas das Farmacias Simi

Ano	México	América Latina	Total
1999	152	3	155
2000	297	78	375
2001	360	N/D	N/D
2002	556	N/D	N/D
2003	1279	N/D	N/D
2004	2362	N/D	N/D
2005	3468	199	3667
2006 (estimativa)	3688	N/D	N/D

N/D = Não disponível

Fonte: Site das Farmacias Similares

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 11 Níveis socioeconômicos no México

Classe	Descrição	Porcentagem da população mexicana
A/B	Renda doméstica mensal acima de US$ 7.000 Conta bancária e mais de 2 cartões de crédito Casas ou apartamentos com mais de três ou quatro quartos e dois ou três banheiros Dois ou mais automóveis de luxo, duas linhas telefônicas, dois ou mais aparelhos de televisão e um computador	6%
C+	Renda doméstica mensal entre US$ 3.000 e US$ 7.000 Um ou dois cartões de crédito Casas ou apartamentos com dois ou três quartos e um ou dois banheiros Um ou dois carros, duas linhas telefônicas, dois aparelhos de televisão e 20% desse segmento têm um computador	9%
C	Renda doméstica mensal entre US$ 1.000 e US$ 3.000 Alguns têm um cartão de crédito Casas ou apartamentos com dois quartos e um banheiro Um carro popular, uma linha telefônica, dois aparelhos de televisão e um rádio	26%
D+	Renda doméstica mensal entre US$ 600 e US$ 1.000 Nenhum cartão de crédito Casas ou apartamentos com um ou dois quartos e um banheiro Nenhum automóvel, uma linha telefônica e um rádio	22%
D	Renda doméstica mensal entre US$ 200 e US$ 600 Nenhum cartão de crédito Casas ou apartamentos com um quarto e um banheiro Nenhum telefone, um aparelho de televisão e um rádio	30%
E	Renda doméstica mensal abaixo de US$ 200 Casas pequenas, um terço delas com um banheiro, mas a maioria não tem ligação com o sistema de saneamento básico municipal Nenhum telefone, a maioria tem somente um aparelho de televisão e um rádio	7%

Fonte: Grupo Elektra, relatório anual de 2000

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 12 Grupo Por un País Mejor (“Por um país melhor”)

GRUPO "POR UM PAÍS MELHOR"

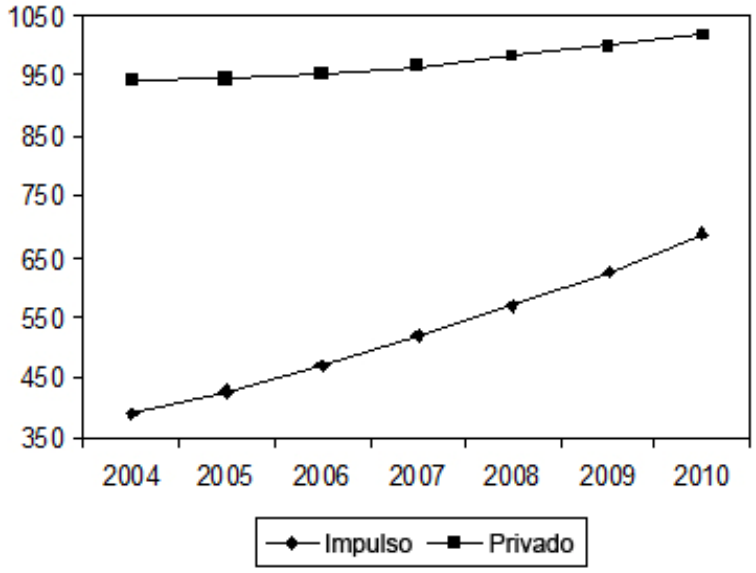
25% do lucro líquido comercial do grupo
é destinado aos fins não lucrativos do grupo
e a outras instituições de caridade

EMPRESAS COMERCIAIS	INSTITUIÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS
Farmacias Similares (1997) Rede de farmácias dedicada à venda de medicamentos genéricos e produtos complementares	Best Foundation (1994) Clínicas médicas localizadas ao lado das Farmacias Simi
Best Laboratories (1953) Fabricante dos medicamentos genéricos	Movimento Nacional Anticorrupção (1996) Movimento nacional anticorrupção, fornecedor de orientação jurídica para os afetados pela corrupção
Pharmacy Plastics (1987) Fabricante de revestimentos plásticos para a indústria farmacêutica	AMMESEF (2000) Associação dedicada à disseminação de inovações nos serviços médicos de baixo custo, como o aumento da conscientização entre os médicos sobre os medicamentos de baixo custo. Médicos afiliados: 8.865 (2005)
Pharmacy Transports (1999) Empresa de distribuição responsável pela logística da entrega de mercadorias para as lojas das Farmacias Simi	Eugenia Foundation (2002) Orfanato para crianças abandonadas e outros órfãos
Simimex (2002) Agência responsável pela comercialização e divulgação da imagem do Dr. Simi	VIVOZ Foundation (2002) Preservação da natureza e dos animais
Simiseguro (2005) Empresa de seguro dedicada ao seguro-saúde básico para segmentos de baixa renda	

Fonte: Autor do caso

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 13 Venda de produtos farmacêuticos no México: Mercados privado e de impulso (milhões de unidades)



Fonte: Knobloch Information Group, Mercado Farmacéutico Privado Mexicano, Expo Grupo Farmacéutico, Leon Guanajuato, México, 2005.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 14 Modelo econômico das Farmacias Similares - Pro forma 2005 (em milhões de dólares)

	TOTAL CONSOLIDADO	FARMACIAS SIMI	FRANQUEADOS
Total de vendas:	**600.0**	**270.0**	**330.0**
Medicamentos Simi (75%)			247.5
SimiVitamins e outros (25%)			82.5
Itens Simi com desconto - Medicamentos (35%)			86.6
Itens Simi com desconto - Outros (40%)			33.0
Receita total dos franqueados			**119.6**
Pagamento total dos franqueados		**210.4**	
Receita total	**600.0**	**480.4**	**330.0**
CoGS (50%)			
CoGS das lojas Simi		135.0	
CoGS das lojas franqueadas		165.0	
Total de CoGS	300.0	300.0	
SG&A - Lojas Simi (20%)	120.0	54.0	66.0
SG&A - Corporativas	39.0	35.0	4.0
Total de SG&A	159.0	89.0	70.0
Lucro com impostos	**141.0**	**91.4**	**49.6**
Impostos (30%)	42.3	27.4	14.9
Lucro líquido	**98.7**	**64.0**	**34.7**
Lucro líquido como % da receita	**16,5%**	**13,3%**	**10,5%**

Fonte: Expansion, entrevistas com franqueados, estimativas do autor do caso

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 15A Financiamento do programa Seguro Popular (SP)

O financiamento do SP, seguindo a mesma lógica dos planos anteriores do governo, era feito por meio de de contribuições tripartites do governo federal, dos governos estaduais e das famílias seguradas. A taxa paga pela família segurada era progressiva e comprometia no máximo 5% da renda disponível. As famílias no nível mais baixo de renda eram isentas de pagamento, mas precisavam aderir a alguns princípios de saúde preventiva (por exemplo, treinamentos na área da saúde e consultas médicas regulares). A segunda fonte de financiamento era uma taxa paga pelo governo federal aos estados por pessoa inscrita no SP. Essa taxa era igual à paga pelo governo federal por pessoa segurada nos planos existents. Ou seja, era equivalente aos recursos antariormente destinados aos segurados e aos não segurados (agora segurados pelo SP). A terceira fonte de financiamento era paga em conjunto pelos governos estadual e federal e buscava equilibrar as desigualdades existentes nos recursos de saúde entre os estados. As taxas pagas pelo governo federal eram inversamente proporcionais ao desenvolvimento do estado, ou seja, os estados mais pobres tinham fundos maiores do que os mais ricos. A taxa paga pelos governos estaduais era financiada com a receita estatal e era igual em todos os estados, uniformizando o valor gasto com a saúde entre os estados (veja o **Apêndice 15B**). Além disso, 8% do total dos gastos com a saúde eram destinados a um fundo de risco nacional para doenças catastróficas como câncer, doenças cardíacas e AIDS, entre outras. Havia também um fundo separado para serviços preventivos de saúde, como campanhas de vacinação.

Estrutura financeira dos programas de seguro público

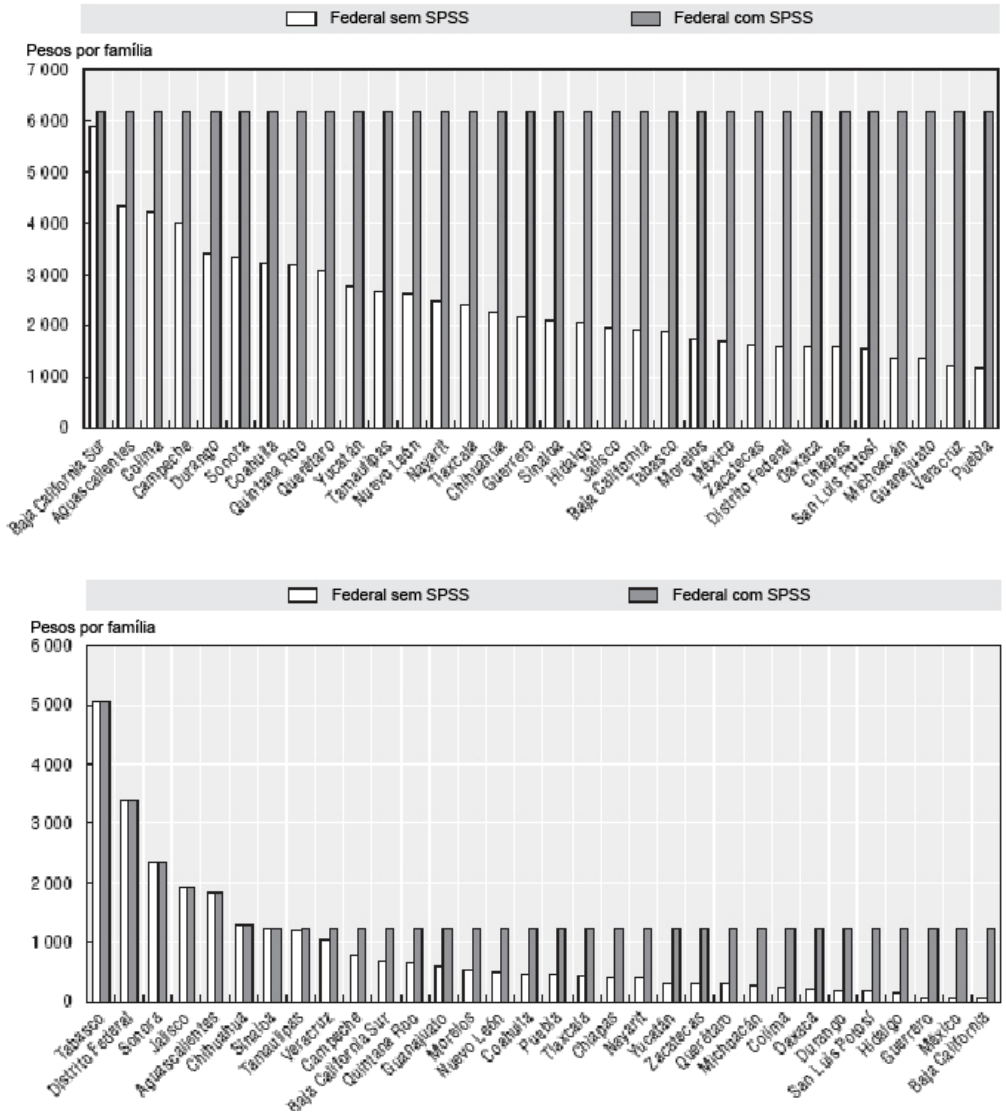
Programa de seguro público	**Contribuições**			
	Beneficiário	**Governo federal**	**Contribuinte responsável secundário**	
IMSS (funcionário do setor privado)	Funcionário	Cota social	Empregador privado	
ISSSTE (funcionário do setor público)	Funcionário	Cota social	Empregador público	
Seguro-saúde popular (SP) anteriormente não segurado	Família	Cota social	Contribuição solidária	
			Governo estadual	Governo federal

Fonte: Frenk J., Knaul F. e Gómez Dantes O. "*Fair financing and universal social protection: The structural reform of the Mexican health system*". Documento preparado para a International Conference, Innovations in health financing, México D.F., Ministério da Saúde, abril.

O programa de financiamento fornecia incentivos importantes aos governos estaduais e aos prestadores de serviços médicos. Antes da reforma, os orçamentos da área da saúde eram fixos e se baseavam em valores tradicionais, não levando em conta a qualidade dos serviços. A mesma regra era válida para o salário de médicos e enfermeiras. Com o SP, a contribuição federal era feita por família afiliada ao SP. Desse modo, os prestadores de serviços de saúde e os governos estaduais eram incentivados a inscrever mais famílias no SP e garantir sua permanência no programa, fornecendo serviços de melhor qualidade. Com a reforma, os subsídios baseados na oferta foram substituídos por subsídios baseados na demanda, em um sistema no qual o dinheiro seguia as pessoas, e não o contrário.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.

Apêndice 15B Transferências federais para os estados por família não segurada e despesas estaduais por família não segurada antes e depois da reforma do SPSS



Fonte: OECD Reviews of Health Systems – México, p. 112.

This document is authorized for use only in 2013-12-09 by Ramiro at Estacio de Sa University from December 2013 to June 2014.