

Artigos

Os crimes das grandes companhias farmacêuticas¹Teresa Forcades i Vila²(Traduzido e atualizado por Alessandra Russo de Freitas e Rogério Hoefler)³

No breve período de 2000 a 2003, quase a totalidade das grandes companhias farmacêuticas passou pelos tribunais dos Estados Unidos, acusada de práticas fraudulentas. Oito dessas empresas foram condenadas a pagar mais de 2,2 bilhões de dólares de multa. Em quatro desses casos, as indústrias farmacêuticas envolvidas – TAP *Pharmaceuticals*, Abbott, AstraZeneca e Bayer⁴ – reconheceram sua responsabilidade por atividades criminosas que puseram em risco a saúde e a vida de milhares de pessoas^{5,6}. Quais são essas atividades? Quem sofre as consequências? O que move as indústrias farmacêuticas a atuarem dessa forma? Que respostas estão sendo dadas ante esses abusos e quais ainda se devem produzir? Estudaremos as atuais estratégias dessa indústria e o impacto direto que elas têm na forma como concebemos a saúde e a enfermidade,

e nos recursos que temos para promover a primeira e prevenir ou curar a segunda.

O caso da “disfunção sexual feminina”

No ano de 1998, a empresa Pfizer, principal companhia farmacêutica dos Estados Unidos da América, passou a comercializar o Viagra® (sildenafil) para o tratamento da disfunção sexual masculina (entendida como a diminuição ou o desaparecimento da capacidade de ereção). Três anos mais tarde, este medicamento havia sido receitado a 17 milhões de homens no mundo inteiro e o volume de vendas, em somente um ano (2001), superava os quinhentos milhões de dólares⁷. No ano de 1997 – poucos meses antes do Viagra surgir no mercado – já havia acontecido em *Cape Cod* (Nova Iorque) o primeiro encontro de especialistas médicos para

1 Texto originalmente publicado sob o título *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*, no ano de 2005, em *cuadernos de Cristianisme i Justícia*. Disponível em: <http://www.cristianismeijusticia.net/es/los-crímenes-de-las-grandes-compañias-farmacéuticas> (nota do tradutor).

2 Teresa Forcades i Vila é monja beneditina. Doutora em Medicina, está elaborando tese de doutorado em Teologia. Pertenceu ao primeiro grupo de jovens do movimento Cristianismo e Justiça. A autora autorizou o boletim *Farmacoterapêutica* a fazer a tradução de sua obra para o português (nota do tradutor).

3 As atualizações foram feitas devido ao fato de o artigo, embora extremamente pertinente, ter sido escrito em 2005. As atualizações foram inseridas no texto sob a forma de notas de rodapé com a observação “nota do tradutor” ou “nota do revisor”.

4 Em 2011, a indústria farmacêutica GlaxoSmithKline foi condenada a pagar US\$ 3 bilhões por ter sido considerada culpada da acusação de ter comercializado medicamentos para uso *off-label* incluindo o Wellbutrin (bupropiona, um antidepressivo), o Paxil (paroxetina, um antidepressivo), o Advair (fluticasona + salmeterol, um medicamento para asma) e o Lamictal (lamotrigina, um medicamento para epilepsia). A empresa também foi acusada de pagar propina a médicos a fim de conseguir incluir certos dados sobre segurança em relatórios entregues ao FDA sobre rosiglitazona e o patrocínio de programas sugerindo benefícios cardiovasculares do Avandia, apesar das advertências na bula aprovada pelo FDA a respeito dos riscos cardiovasculares deste medicamento. Disponível em: <http://www.cochrane.dk/research/corporatecrime/Corporate-crime-long-version.pdf> (nota do tradutor).

5 ANGELL, Marcia. *The Truth about the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it. Is the Party Over?* 217-36.

6 O livro de ANGELL, *The Truth about the Drug Companies: how they deceive us and what to do about it. Is the Party Over?* foi publicado no Brasil sob o título *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record; 2007- (nota do tradutor).

7 PFIZER. *Annual Report 2001*. www.pfizer.com citado em MOYNIHAN, R. *The making of a disease: female sexual dysfunction*. *BMJ* 2003; 326:45-47.

determinar o perfil clínico da “disfunção sexual feminina”⁸. A iniciativa, organização e financiamento do encontro estiveram ao encargo de nove companhias farmacêuticas muito preocupadas devido ao fato de que não existia uma definição desse transtorno compatível com um potencial tratamento farmacológico.

Os promotores de tal encontro elegeram entre seus colaboradores diretos as pessoas que deveriam participar do mesmo. O objetivo da reunião era planejar uma estratégia adequada para criar uma nova doença em função dos interesses econômicos da indústria farmacêutica. Um ano e meio mais tarde, em outubro de 1998, celebrou-se, em Boston, a primeira conferência internacional para elaboração de um consenso clínico sobre a disfunção sexual feminina⁹. Oito companhias farmacêuticas financiaram esta conferência e, dos 19 autores da nova definição “consensuada internacionalmente”, 18 admitiram ter interesses econômicos diretos com as empresas patrocinadoras e com outras indústrias.

Um ano mais tarde, em 1999, foi publicado um artigo na revista JAMA, intitulado “Disfunção sexual nos Estados Unidos: prevalência e variáveis preditivas”¹⁰, em que se afirmava, supostamente com objetividade científica, que 43% da população feminina dos Estados Unidos sofria da “nova enfermidade”, definida segundo os interesses da indústria farmacêutica. Os passos seguidos para identificar a “população enferma” foram os seguintes: 1) foi elaborada uma lista de sete “problemas”, considerados, cada um deles, com peso suficiente para justificar o diagnóstico da nova enfermidade, se uma mulher os houvesse apresentado durante dois meses ou mais, no último ano; 2)

foi aplicado o questionário a um universo de 1.500 mulheres; 3) os resultados foram avaliados de forma que responder “Sim” a somente um dos itens foi considerado critério suficiente para identificar a enfermidade. Um dos sete itens era a ausência de desejo sexual. Ou seja, as mulheres que responderam que não haviam tido desejo sexual durante dois meses ou mais no último ano, automaticamente – independentemente se estavam de luto pela morte de um ente querido, preocupadas pela falta ou pelo excesso de trabalho, envolvidas em uma relação insatisfatória ou gozando de uma fase de plenitude interior –, foram rotuladas de “disfuncionais” e passaram a engrossar a porcentagem de candidatas potenciais ao tratamento que a indústria farmacêutica confiava poder desenvolver em breve. Dois dos três autores do artigo citado possuíam vínculos financeiros com laboratórios farmacêuticos.

No mesmo ano, em outubro de 1999, aconteceu um terceiro encontro sobre o tema, organizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Boston, porém, promovido e financiado por 16 companhias farmacêuticas. Cinquenta por cento do público admitiu ter interesses na indústria farmacêutica¹¹. Do encontro, surgiu o Fórum para a Função Sexual Feminina, que realizou mais duas conferências nos anos 2.000 e 2.001, em Boston, graças ao patrocínio de 20 companhias farmacêuticas, lideradas pela Pfizer¹².

No ano de 2003, essa manipulação dos critérios médicos em função dos interesses comerciais foi denunciada por Ray Moynihan em uma das revistas médicas de maior prestígio, a *British Medical Journal*¹³. Os editores da revista receberam em seis semanas um total de 70 respostas e comentários em

8 Suplemento Especial. *Int J Impotence Res* 1998; 10 (supl 2): S 1-142 (*The Cap Cod conference: sexual function assessment in clinical trials*, 30-31 May, 1997. Hyannis, Massachusetts, USA), citado em MOYNIHAN 2003.

9 BASSON R, BERMAN J, BURNETT A, DEROGATIS L, FERGUSON D, FOURCROY J, et al. *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications*. *BMJ* 22 janeiro 2005; 330: 192-194.

10 LAUMANN E, PAIK A, ROSE R. *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. *Urology* 2000; 163: 888-93.

11 KASCHAK E, TIEFER L, Eds. *A new view of women's sexual problems*. Binghamton, NY: Haworth Press 2001: 70, citado em MOYNIHAN 2003.

12 MOYNIHAN, 2003:45.

13 MOYNIHAN, Ray. *The making of a disease: female sexual dysfunction*. *BMJ* 2003; 326: 45-47.

relação ao artigo de Moynihan. Dois terços das respostas foram de apoio e confirmou a indignação dos médicos diante da referida manipulação ainda que, como deixa bem claro uma das respostas, sem eles não se poderia produzir¹⁴. Se os médicos não colaborassem com os abusos das companhias farmacêuticas, tais abusos não aconteceria.

Em dezembro de 2004, a agência reguladora de medicamentos dos Estados Unidos (*Food and Drug Administration* – FDA) impediu que se comercializasse o primeiro medicamento destinado a tratar a “disfunção sexual feminina” (adesivo para absorção transdérmica de testosterona dos laboratórios Procter & Gamble)^{15, 16, 17}. Os responsáveis pelos estudos clínicos – todos financiados e supervisionados pela Procter & Gamble – apresentaram seus resultados de forma tendenciosa, de modo que o que constituíam benefícios duvidosos e alguns mais que prováveis efeitos secundários perigosos (câncer de mama e doença cardíaca) se anunciavam como benefícios claros e riscos desprezíveis. Até o momento, não se desenvolveu outro medicamento para a disfunção sexual feminina, entre outras razões, devido a uma crescente consciência por parte de todos os atores envolvidos, sobre os efeitos nocivos do excesso de influência das companhias farmacêuticas no exercício da Medicina^{18, 19}. A disfunção sexual feminina (como qualquer

outra enfermidade) tem que ser estudada em função dos interesses de saúde das mulheres afetadas e não em função dos interesses econômicos das empresas mais ricas do planeta²⁰.

Os medicamentos genéricos são aqueles que são vendidos sem o nome comercial, constando na caixa simplesmente o nome do princípio ativo. Por exemplo: “Aspirina®” é um nome comercial que somente pode ser utilizado pelo fabricante que o criou, neste caso a indústria farmacêutica Bayer; ácido acetilsalicílico é o nome genérico que corresponde ao princípio ativo da Aspirina®.

Não é o mesmo ser “HIV positivo” que “ter a AIDS”. Com os tratamentos atuais, uma pessoa HIV positivo pode viver muitos anos sem desenvolver a doença.

HIV: vírus da imunodeficiência humana.

AIDS: síndrome da imunodeficiência adquirida.

O caso dos medicamentos anti-Aids

Em 23 de março de 2005, o parlamento indiano se viu obrigado a aprovar, por força dos acordos internacionais da Organização Mundial do Comércio (OMC), uma nova lei de patentes que modificava a de 1970 para que, no futuro, a comercialização de medicamentos na Índia fosse submetida ao sistema de patentes. Até aquele momento, se os proprietários de patentes fizessem uso abusivo das mesmas (por exemplo, propondo preços inacessíveis para a população da Índia), os laboratórios farmacêuticos india-

14 TONKS, Alison associated editor *BMJ*. *Summary of electronic responses. The making of a disease*. www.bmj.com 2003.

15 MOYNIHAN, Ray. *The marketing of a disease: female sexual dysfunction*. *BMJ* 2005; 330:192-194.

16 Até o momento da tradução deste artigo, a agência norte-americana FDA ainda não havia aprovado medicamento para o tratamento da disfunção sexual feminina. Artigo da revista TIME, de 2009, (disponível em: <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1939884,00.html>) menciona a tentativa por parte das indústrias farmacêuticas mundiais de desenvolver um medicamento para o tratamento da disfunção sexual feminina. Ainda, o artigo da TIME menciona o caso da flibanserina (medicamento inicialmente desenvolvido pela Boehringer Ingelheim para o tratamento da depressão) tendo o FDA, em 2010, negado a aprovação de registro para tratamento da disfunção sexual feminina (nota do tradutor).

17 Este medicamento foi aprovado na União Europeia, mas subsequentemente retirado do mercado devido a problemas de segurança e efeitos secundários (nota do revisor).

18 São muitos os artigos e livros que têm surgido recentemente denunciando este abuso. Além dos livros de PIGNARRE e ANGELL que são os que foram utilizados para a elaboração deste artigo, os leitores interessados podem recorrer a *The \$800 Million Pill* de M GOOZNER; *Powerful Medicines* de J AVORN; *Overdo\$ed America* de J ABRAMSON e o *On the Take* de J KASSIRER.

19 Elliot C. *White coat Black hat – Adventures on the dark side of medicine*. Boston: Beacon Press, 2010. No que se refere a publicações brasileiras, entre outras recentes, pode ser citado o artigo publicado no Boletim Farmacoterapêutica, do CFF, BARROS, JAC, Ampliando espaços da medicalização, Ano XVII - Número 01 - jan-fev-mar/2013 (nota do revisor).

20 Há também uma outra referência interessante, um livro editado recentemente por Ray Moynihan e Barbara Mintzes: *Sex Lies and Pharmaceuticals*, ver <http://www.amazon.com/Sex-Lies-Pharmaceuticals-Companies-Dysfunction/dp/1553655087>. Este livro explora todo o marketing que acontece debaixo do radar (não evidente) e pelo qual as companhias procuram um mercado, por meio da promoção aos médicos, extrapolando as definições da “doença” (nota do revisor).

nos poderiam produzir, legalmente, formulações genéricas de medicamentos que ainda estavam protegidos por patentes nos países ricos (desenvolvidos). No ano de 2003, a indústria indiana de medicamentos genéricos empregava 500.000 pessoas em mais de 20.000 empresas (que, mediante contratos subsidiários, empregavam um total de mais de 2,5 milhões de pessoas)²¹. De acordo com a lei de 1970, que em março de 2005 foi revogada, os genéricos indianos podiam ser comercializados em outros países pobres (em desenvolvimento), como a maioria da África subsaariana, onde hoje residem mais de 30 milhões das 40 milhões de pessoas infectadas com o HIV em todo o mundo.²² Em Botswana, por exemplo, 40% das mulheres estão infectadas pelo HIV, e em Lesoto se encontra um terço do total desta população^{23,24}. Por falta de medicamentos antirretrovirais, três milhões de africanos morrem todos os anos de Aids^{25,26}.

A indústria farmacêutica hindu de genéricos havia sido, até então, fundamental para assegurar o acesso aos medicamentos a uma porcentagem ínfima (menos de 1%), porém crescente, da população dos países pobres, especialmente àqueles necessários para tratar a infecção pelo HIV. Graças a esta livre concorrência que eliminava o sistema de patentes, o preço do tratamento antirretroviral havia sido reduzido, no ano de 2004, de 1.500 dólares para 150 dólares por pessoa

ao ano²⁷. Além do mais, como não era obrigatório respeitar as patentes que obrigavam a produzir cada fármaco em comprimidos separados, os laboratórios indianos podiam combinar os tratamentos múltiplos em um só comprimido. Supõe-se que a redução do custo e a simplificação do tratamento, pela combinação de três diferentes princípios ativos em um único comprimido, tiveram efeitos dramáticos na possibilidade de tratar com êxito a epidemia da Aids.

Em escala mundial, cerca de 350.000 pessoas em tratamento antirretroviral dependem da produção dos genéricos da Índia. Este número representa a metade do total dos que utilizam o tratamento antirretroviral nos países em desenvolvimento. Isso significa que menos de 2,5% dos soropositivos por HIV recebem tratamento nesses países. Milhões de pessoas morrem todos os anos por causa disso. Com o aprimoramento do sistema internacional de patentes, todos os medicamentos desenvolvidos entre 1995 e 2005, mais todos os que foram desenvolvidos a partir de 2005, estarão protegidos pela patente e não entrarão em livre concorrência, com o que seu preço pode encarecer mais de 10 vezes (no mínimo). Além dos medicamentos essenciais para tratar a infecção por HIV, o problema afeta o acesso aos medicamentos empregados no tratamento de outras infecções muito prevalentes e potencialmente mortais (como a malária ou a

21 PIGNARRE 124.

22 Em 2011, estimou-se que cerca de 23,5 milhões das 34 milhões de pessoas infectadas com o HIV em todo o mundo estavam na África subsaariana. Fonte: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS; 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf (nota do tradutor).

23 PIGNARRE, Philippe. *El gran secreto de La industria farmacéutica*. Barcelona: Gedisa, 2005 (original francês de 2003) p. 117.

24 Em 2011, estimou-se em 160.000 o número de mulheres infectadas com HIV em Botswana e 170.000 em Lesoto. Fonte: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS; 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf (nota do tradutor).

25 Em 2011, cerca de 1,7 milhão (1,5 milhão a 1,9 milhão) de pessoas morreram no mundo por causas relacionadas à Aids. Fonte: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS; 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf (nota do tradutor).

26 Em 2007, a indústria farmacêutica Novartis perdeu ação impetrada contra o governo Indiano a respeito da lei de patentes deste país. A Novartis contestava a lei que dizia ser necessário que a indústria, para patentear um medicamento no país, mostrasse que este novo medicamento oferecia um aumento comprovado da eficácia. Matéria do *Jornal online O Estado de S. Paulo*, disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,justica-indiana-rejeita-acao-da-novartis-contra-lei-de-patentes,30292,0.htm> (nota do tradutor).

27 Nota de imprensa dos responsáveis da campanha para o acesso aos medicamentos essenciais dos Médicos sem Fronteiras (MSF). *Prognosis: short term relief, long-term pain. The future of generic medicines made in India*. 21 abril 2005.

tuberculose) ou o câncer. Entre 1995 e 2005 já havia, na Índia, 8.926 pedidos de patentes que, devido à nova lei imposta pela OMC, agora deveriam ser revisadas. Dessas, mais de 7.000 procedem de multinacionais estrangeiras, com a gigante farmacêutica Pfizer à frente.

A Pfizer é hoje a maior companhia farmacêutica do mundo e um dos principais agentes econômicos nos Estados Unidos. Em 2002, a Pfizer convenceu o governo francês a pagar seus preços claramente abusivos, com a ameaça de retirar-se da França se suas demandas não fossem atendidas; o governo francês cedeu e não houve escândalo²⁸. Se um estado da União Europeia como a França teve que ceder às suas demandas, com que força política os países em desenvolvimento poderiam se opor à imposição de pactos bilaterais desvantajosos?

A relação direta entre a imposição de uma patente e a mortalidade da população pode ser exemplificada com o caso brasileiro. No Brasil, desde a aprovação da Lei n.º. 9.279, de 14 de maio de 1996, que proibiu o patenteamento dos medicamentos lançados no mercado brasileiro antes de 1997²⁹, puderam produzir-se localmente equivalentes genéricos de 8 dos 12 antirretrovirais disponíveis mundialmente com uma redução média do custo de 79%. No ano de 2003, constatou-se que a epidemia havia se estabilizado e a mortalidade fora reduzida à metade³⁰. Com a nova legislação internacional, a produção de genéricos do Brasil também será impedida.

A seguir, são apresentados alguns excertos da carta que Karim Laouabdia, porta-voz da

campanha para o acesso aos medicamentos essenciais da ONG Médicos sem Fronteiras (MSF), encaminhada a Pascal Lamy, em 20 de setembro de 2005, em razão de ter sido eleito como diretor geral da Organização Mundial do Comércio (OMC):

“A crise do HIV/Aids evidencia a urgente necessidade de assegurar que os medicamentos essenciais estejam disponíveis a preços acessíveis. Hoje, aproximadamente a metade dos milhões de pessoas que recebem tratamento antirretroviral nos países em desenvolvimento dependem da indústria de genéricos. Os medicamentos combinados em doses fixas produzidos na Índia simplificam enormemente a administração do tratamento antirretroviral e desempenham papel crítico em fazer chegar o tratamento às áreas de escassos recursos.

A Declaração de Doha da OMC, de 2001³¹, representou um passo fundamental para aumentar o acesso aos medicamentos. Esta declaração apoia de forma clara qualquer governo na tarefa de proteger a saúde de sua população utilizando as brechas legislativas do ADPIC para superar as barreiras impostas pelo sistema de patentes, e ajuda os países menos desenvolvidos estendendo o período de transição livre de patentes até o ano de 2016.

Desde então, contudo, temos assistido ao dismantelamento sistemático da Declaração de Doha mediante acordos comerciais bilaterais que impõem níveis de proteção da propriedade intelectual muito mais elevados que os exigidos pela OMC.

O impacto da proteção de patentes nos programas de HIV será muito evidente nos

28 PIGNARRE, p.140.

29 Segundo os artigos 230 e 231, da lei n.º. 9.279, de 14 de maio de 1996, uma nova patente de medicamento também seria aceita, no Brasil, se o pedido fosse depositado no INPI no prazo de um ano da publicação desta lei, se o mesmo ainda não tivesse sido lançado em qualquer mercado nem tivessem sido realizados, por terceiros, no País, sérios e efetivos preparativos para a exploração do objeto do pedido. Ver: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19279.htm (nota do tradutor).

30 PIGNARRE, p.127.

31 A Declaração de Doha (Qatar), de 2001, modificou, graças a fortes protestos internacionais, o escandaloso acordo da OMC sobre a obrigatoriedade das patentes de 1994 [Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, ADPIC em castelhano (e em português) e TRIPS em inglês]. Algumas das cláusulas mais abusivas do ADPIC são: obrigação por parte do laboratório que deseja produzir genérico de um medicamento patenteado de comprar do proprietário não só o direito de patente daquele medicamento, mas também de outros produtos que este queira impor (vendas vinculadas ou casadas); direito do proprietário da patente a determinar a forma sob a qual o laboratório comprador deve produzir o medicamento genérico; obrigação do comprador a informar ao proprietário da patente todas as melhorias realizadas no produto; limitação ou proibição das exportações (cf. Lecourieux A. “Patentes que Matam”. *A Le Monde Diplomatique*. Diciembre 2005).

próximos anos, em que um número elevado de pacientes que se encontram hoje em tratamento se verão obrigados a substituir seu tratamento atual por medicamentos mais novos, de segunda linha. Estes medicamentos são, em média, quatro a dez vezes mais caros que os de primeira linha, e quase todos são ou serão patenteados em países pobres que teriam a capacidade de produzi-los em versão genérica (Índia, Brasil e Tailândia).

(...) Ademais, o impacto da nova legislação de patentes não se limita aos medicamentos antirretrovirais, pois também afetará de forma progressiva a todo o conjunto de enfermidades para as quais serão desenvolvidos medicamentos a partir de agora.

(...) Até o momento - e, contrariamente, às promessas feitas - o aumento da proteção de patentes nos países em desenvolvimento não tem contribuído para o incremento da pesquisa. Muitas enfermidades graves são simplesmente ignoradas. Vivemos as consequências disso em nosso dia a dia assistencial: quando se trata de diagnosticar a tuberculose em pessoas infectadas por HIV; ao tratar enfermidades tropicais como a leishmaniose, que afeta a 12 milhões de pessoas; no seguimento dos infectados com o HIV e no tratamento das crianças com HIV ...”

Menos de três meses após ter exposto à OMC a urgência desta situação, a MSF emitiu um comunicado de imprensa no qual denunciava que, além de proibir a produção de genéricos nos países pobres, as companhias farmacêuticas se negavam a comercializar nesses países os medicamentos que não ofereciam lucros suficientes³². O exemplo que apresentavam era o da combinação antirretroviral Kaletra, da Abbott. A Abbott começou recentemente a comercializar uma versão do Kaletra que não necessita de refrigeração. Apesar da grande utilidade que esta formulação teria no contexto africano, devido às elevadas temperaturas e à frequência com que se interrompe o fornecimento de eletricidade, a Abbott tem se negado a comercializá-lo na África. Quanto a outros medicamentos antirretrovirais recomendado pela OMS, o tenofovir, a companhia Gilead, que detém sua patente, tampouco o comercializa na África.

32 Lorenz J, Berman D. “Companies not selling new AIDS drugs in Africa”. MSF, 8 diciembre 2005.