

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE FARMACIA

**LA FARMACIA. AYER Y HOY.
REFLEXIONES EN TORNO
AL MEDICAMENTO
Y SUS PROFESIONALES**

DISCURSO DE LA
EXCMA. SRA. DOÑA ROSA BASANTE POL

LEÍDO EN LA SESIÓN DEL DÍA 28 DE ABRIL DE 2011
PARA SU INGRESO COMO ACADÉMICA DE NÚMERO

Y CONTESTACIÓN POR EL
EXCMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER PUERTO
SARMIENTO



Madrid, 2011

© de los textos, sus autores.
ISBN: 978-84-938172-1-3
Depósito legal: M. 12.765 - 2011
Imprime: REALIGRAF, S. A. Pedro Tezano, 26 - 28039 Madrid

«Radiante es la sabiduría, jamás pierde su brillo.
Fácilmente la contemplan los que la aman
Y la encuentran los que la buscan».

Libro de la Sabiduría. 6, 12.

ÍNDICE

Prefacio	7
Recuerdo del Excmo. Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada	13
El por qué de este discurso	15
I. LA FARMACIA	17
Farmacia e Historia	18
Farmacia y Literatura	25
Farmacia y Arte	28
Farmacia y Profesión	30
Los estudios de Farmacia	33
Farmacia y mujer	39
II. EL MEDICAMENTO	47
Medicamentos mágicos de ayer	50
Medicamentos milagro de hoy	59
Medicamentos de autoconsumo	61
Medicamentos huérfanos	64
Medicamentos genéricos	85
Medicamentos falsificados	98
La industria farmacéutica	102
Papel del Estado en la financiación pública de los medicamentos ...	107
EPÍLOGO	113
NOTAS	117
Discurso de contestación del Excmo Sr. D. Francisco Javier Puerto Sarmiento	127

PREFACIO

*«A veces a vosotros quisiera invocar;
a los Grandes
los que adormecéis corazón y manos».*
Margarita Arrollo

Excelentísima Señora Presidenta de la Real Academia Nacional de Farmacia
Excelentísimas Señoras Académicas, Excelentísimos Señores Académicos.

Ilustrísimas personalidades.

Señoras y Señores:

En una tarde mágica, en este emblemático edificio, templo de la Farmacia, Profesión y Ciencia, cuyas paredes son mudas, pero privilegiadas testigos de susurros, confidencias, inquietudes, anhelos, esperanzas y doctas enseñanzas de tantos y tantos prebostes del saber que a lo largo de casi dos siglos han sido —y son— faro de los necesarios conocimientos, quisiera encontrar palabras para expresar la emoción que me embarga, la honda satisfacción y el gran honor que para mí conlleva ingresar en esta insigne Corporación; lo cual, implícitamente, supone la asunción de una gran responsabilidad. De aquí que apele a su generosidad por si, en algún momento, no pudiera responder a la confianza que ustedes han depositado en mí con su proclamación como Académica de Número.

Por ello y porque las perspectivas de enriquecimiento humano e intelectual que se me abren son inestimables, permítanme que mis primeras palabras sean de gratitud, pues como plasmó con su pluma, el más grande literato de nuestra Historia, Miguel de Cervantes: «De gente bien nacida es agradecer los beneficios que se reciben...»

Desde el profundo respeto, y honda admiración, deseo expresar mi gratitud a todos y a cada uno de los que han hecho posible la, tan ansiada, llegada de este importante momento.

Gratitud a los miembros de esta Real Academia que personifico en su Presidenta, la Exma. Sra. D.^a María Teresa Miras Portugal, gracias.

De modo muy especial quiero agradecer a los Académicos de esta Corporación que avalaron mi candidatura; la Exma. Sra. D.^a María del Carmen Avendaño López, el Exmo. Sr. D. Manuel Ortega Mata y el Exmo. Sr. D. Guillermo Giménez Gallego, por su desinteresada propuesta, emanada más de una gran amistad que de mis méritos. Ellos son claro ejemplo de lo que Baltasar Gracián entendía como «tratar con quien se pueda aprender»:

«hay señores acreditados de discretos, que a más de ser ellos oráculos de toda grandeza con su ejemplo y en su trato, el cortejo de los que los asisten es una cortesana academia de toda buena y galante discreción»¹.

La generosidad es tan sólo consustancial a los grandes y ustedes así lo han puesto de manifiesto, gracias, y tengan la certeza que la impagable deuda que con ustedes he contraído intentaré saldarla con mi incondicional disposición a alcanzar los objetivos en pro de la Ciencia que se me encomienden, sabiendo que ello ha de repercutir en bien de una sociedad a la que todos nos debemos.

Desde un aspecto más personal e íntimo, pero importante también, deseo destacar la decisiva labor de mi esposo Santiago, de mis hijos Carol y Santi por su incondicional apoyo y abnegada renuncia, así como de mis nietos Mónica, Santiago y Eugenia, alegría y esperanza en un futuro mejor, todos juntos me impulsan a caminar, ilusionadamente día a día, hacia delante.

Sería injusto olvidar a mis progenitores, Ángel y Josefa, a los que debo cuanto soy. En Cacabelos, en la primavera del año 1945, un 18 de abril, mi padre me trajo al mundo ayudando en el parto, con profesionalidad ternura y emoción, a mí madre; como lo hacía a la mayoría de las madres de mi pueblo, ya que en la década de los 1940 las madres, en el medio rural, parían en sus propias casas.

La primavera en el Bierzo eclosiona inundando de una luz y unos colores tan singulares como esperados. El paisaje se vuelve posada; los cerezos mecen sus flores blancas, sueños teñidos del rojo sangre de la esperada fruta madura; las vides se adornan con verdes pámpanos que el Sol acariciará,

dulcemente, dorándolos, para que en el otoño sean hollados, surgiendo bajo los pies el oro líquido de nuestra tierra que embriagaba al mismísimo dios Baco.

Era la primogénita, poco después nació un varón. En mi casa, a pesar de la sociedad matriarcal predominante, desde mi infancia se me educó en el principio de igualdad. Mis padres creían en ello y sobre todo en que la auténtica riqueza que conduce a la libertad, al poder elegir en cada momento, ha de cimentarse en la riqueza derivada del acceso al conocimiento; por ello, el principio de igualdad de oportunidades no se cuestionó jamás entre mis progenitores a la hora de apoyar a mi hermano o a mí.

En la escuela pública conté con dos grandes docentes: don Marcelino y doña Marcela; junto a otros compañeros cuales Peranchi, Olguita, Prada, Morete, Alfredo o Landeira aprendí a convivir, compartir y respetar. Allí se me preparó para cursar el bachiller elemental, cuatro cursos y la reválida, en lo que se conocía como enseñanza «libre», en el Instituto de Enseñanza Media de Ponferrada «Gil y Carrasco». El último curso exigía de enseñanza «oficial».

El bachiller superior y el curso preuniversitario fue un segundo paso en mi formación. Lejos de la casa paterna, en el internado del Colegio de las madres Carmelitas, en León, hube de enfrentarme a un nuevo reto en el que, junto al ansiado deseo de libertad, la necesidad de una constante superación, dada la competitividad, y la inquietud por aprender y superar los exámenes para proseguir mis estudios, forjaban mi voluntad.

La universidad suponía para mí el inicio del camino que me conduciría a la meta que me había marcado. Siempre quise ser farmacéutica a pesar de que, tal vez, a mi padre le hubiese gustado que hiciese Medicina, otra prueba más del respeto, y la confianza, que mis padres depositaron en mí es que no me impusieron mis estudios, ¡nunca lo habían hecho!, me dejaron elegir sin escuchar cantos de sirenas que les susurraban la inoportunidad, en aquel entonces, en el medio rural, de que una mujer cursase estudios universitarios. Ellos, adelantados a su época y con una clara visión de futuro, me dieron las mismas oportunidades para seguir mi vocación que a mi único hermano varón, Ángel, inculcándome, además, que hiciera lo que hiciera debería hacerlo bien y honestamente. ¡Nunca lo agradeceré lo suficiente!

Mi padre fomentó en mí el amor a la Farmacia al llevarme, desde niña, a las tertulias que se celebraban en la botica de Amparín, la hija del gran médico que fue don Genadio.

La Facultad de Farmacia de la Universidad de Madrid, donde cursé los estudios universitarios, imprimió carácter. Era un ambiente extraordinario, en el que se hacía realidad la concepción alfonsina de Universidad. Mis maestros, a los que profesó respeto y admiración, forjaron en mí con su clara *autoritas*, el deseo de aprender y transmitir lo aprendido a los demás y la inquietud por buscar la virtud, que no es otra cosa, al menos para los antiguos, que el saber, reforzando mi nítida vocación docente e investigadora; por ello quiero rendirles un sentido, emocionado y justo homenaje. A los que están en el más allá, donde creo que todo es luz y que las miserias humanas no socavan la convivencia: los profesores don Antonio Doadrio, don Guillermo Folch, don Salvador Rivas y don Rafael Cadórniga.

Don Antonio era, ante todo, una gran persona dotada de un talento, una intuición y una elegancia, personal e intelectual, poco común que le permitían abordar, con naturalidad y éxito, los problemas que hubo de resolver. A los alumnos nos transmitía las enseñanzas de la Química inorgánica con tan contagioso entusiasmo que hasta veíamos en las aulas sobrevolar electrones y protones sin dificultad alguna.

Don Guillermo encarnaba la Historia de la Farmacia que aprendió de su padre, don Rafael. Era todo genio, quería inculcarnos el amor a la Farmacia desde su conocimiento, por eso vibrábamos en sus clases haciendo volar la imaginación de las civilizaciones arcaicas extintas o pervivientes al hallazgo de nuevos medicamentos. Mi pasión por esta disciplina nació gracias a la semilla por él sembrada.

Don Salvador era la expresión viva de la naturaleza vegetal. ¡Qué espléndidas clases en el campo! Con proverbial elocuencia, asiendo con sus manos la planta a mostrar, era toda una delicia escucharle proclamar, con voz grave y convincente, *Lavandula spica* o *Paeonia broteri*, por citar tan sólo algún ejemplo.

A don Rafael le conocí en mayo de 1986. Era uno de los miembros del tribunal que habría de juzgar a los opositores que, como entonces se decía, habíamos firmado la plaza convocada para acceder al cuerpo de profesores titulares de universidad, en el área de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Me impresionó su seriedad, rigor y talante. Obtuve la plaza y su felicitación fue «siga usted defendiendo con tanto ahínco, conocimiento y entusiasmo la materia que va a impartir». Éste fue el inicio de una fructífera colaboración que sólo la injusta y traicionera «dama de negro», que no es otra que la muerte, fue capaz de romper. Aprendí de sus sabios consejos, conté siempre

con su incondicional ayuda y disfruté de una auténtica amistad. Siendo Presidente de esta Corporación, y de la Fundación «Casares Gil», me pidió que me sumase a su proyecto como patrono y miembro de la comisión ejecutiva de esta Fundación, lo cual para mí supuso, lejos de una carga de trabajo, un privilegio por lo mucho que aprendí de todos y cada uno de sus miembros.

Y cómo no, a los que todavía ejercen su magisterio; don Manuel Ortega, anteriormente citado, ejemplo y lección constante de bonhomía y *autoritas* personal, intelectual y moral, tan necesarias para poder enseñar. Humilde, generoso y cordial, su vida ha sido —y es— una constante muestra de servicio a los demás.

De todos ellos aprendí, como dijo Cajal, que: «Hay que marchar humildemente detrás de los sabios, para poder marchar algún día en su compañía»².

Por todo ello proclamo, convincentemente, que no me sentí en medida alguna discriminada. Éramos, numéricamente, como en la actualidad, más alumnas que alumnos y eso no supuso ningún tipo de discriminación, ni positiva ni negativa.

Nos había costado mucho esfuerzo poder acceder a estos estudios y vencer a los legisladores que nuestra capacidad intelectual no era inferior a la del varón, pues no existía determinismo biológico alguno ni nuestra presencia en las aulas iba a causar desordenes de orden público. Gracias a pioneras luchadoras, cuales María de Maeztu, Concepción Arenal o Elena Masseras, entre otras, estábamos ahí, no con trato de privilegio ni favor, sino de justicia, y era necesaria una respuesta acorde.

La autoestima, firmeza de convicciones, respeto al otro y trabajo, trabajo y trabajo, intentando abstenerme de lo imposible, valorando la aptitud, actitud y capacidad, ha sido una constante en mi vida laboral.

Estoy convencida de que la libertad, la auténtica libertad, es la del conocimiento, que te permitirá posteriormente elegir. Por ello reivindico, constantemente, el principio de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres sin distinción alguna, el acceso a la cultura sin trabas, en una sociedad libre y solidaria, respetuosa con la disparidad y la pluralidad, en la que trabajemos juntos con igualdad de derechos que supone —lógicamente— igualdad de deberes, y no sólo igualdad legal, que hoy día, salvando valedades casi infranqueables, se ha logrado; me refiero a esa otra igualdad, la igualdad real que permita el acceso a cualquier puesto de responsabilidad; y hoy, aquí, he de

manifestar mi satisfacción y gratitud al comprobar que lo onírico se ha hecho realidad, lo cual no supone un mal despertar sino el inicio de un largo caminar, y aunque soy consciente de que, con excesiva frecuencia, a la mujer se nos exige todos los días la demostración y revalidación de nuestra suficiencia, Excelentísimas Señoras y Señores Académicos, tengan la certeza de que, en la medida de mis posibilidades y mientras Dios me dé vida, no regatearé esfuerzo alguno para trabajar por y para conseguir los fines de esta tan insigne Corporación que hoy, con generosa hospitalidad, me recibe.

Permítanme, en consecuencia, que, antes de iniciar mi discurso de ingreso evoque los versos de esa gran mujer que fue Santa Teresa de Jesús:

«Si me mandáis trabajar,
morir quiero trabajando.
Decid, ¿dónde, cómo y cuándo?
Decid, dulce Amor, decid.
¿Qué mandáis hacer de mí?»

RECUERDO DEL EXCMO. SR. D. JUAN MANUEL REOL TEJADA

Sucedo, en la medalla número 23, al Excmo. Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada. El protocolo aconseja, en los discursos de ingreso, glosar la figura del predecesor en la misma. La vida tiene inevitables momentos de aflicción que uno desearía eludir, porque hablar del Dr. Reol se me hace harto difícil, pues me faltan palabras para glosar, aun desde la brevedad, su figura.

Nacido en Burgos, en esa: «Castilla, mística y guerrera, / Castilla la gentil, humilde y brava, / Castilla del desdén y de la fuerza» que cantó Antonio Machado. Fue, al tiempo que un luchador infatigable, un triunfador nato, capaz, como buen político, de hacer posible lo deseable. Pionero en tantas y tantas cosas, fue capaz de sortear obstáculos casi insalvables, alcanzando cimas reservadas tan sólo a los mejores, lo cual no estuvo exento de sinsabores pues, como dijo Flaubert, «Ningún camino de rosas conduce a la gloria».

Su preparación humanista, ágil pluma y brillante oratoria rendían al auditorio. Fue un prohombre de la Farmacia, a la que defendió siempre desde elevadas atalayas, en los diferentes cargos desempeñados: Cuerpo Farmacéutico de Sanidad Nacional, Vicepresidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Burgos, Subdirector y Director General de Farmacia, Presidente del Consejo General de Castilla y León, Diputado por UCD, Director de Asuntos Técnico-Farmacéuticos de Farmaindustria, Presidente de AEFLA y Presidente de esta Real Academia, desplegó con valentía todas sus energías, sin regatear esfuerzos, logrando reformar y modernizar caducas estructuras, dándoles un sentido dinámico acorde a los tiempos que le tocó vivir, imprimiendo a su obra una clara y necesaria proyección social; de todo ello hemos sido privilegiados testigos los miembros de esta Institución.

Juan Manuel, para los amigos, fue ante todo un gran amigo, en la terminología platónica, que supone querer y no querer las mismas cosas, y con el

cual era fácil caminar juntos aún desde la discrepancia. Su recuerdo permanecerá siempre en nuestras mentes y en nuestros corazones.

Por todo ello suceder al Dr. Reol supone un gran honor pero, además, una gran responsabilidad. Como él expreso en su discurso de ingreso, «La Real Academia: un punto de partida y un compromiso»³ y ese es, también, mi deseo.

Estoy segura que la semilla que ha sembrado ha caído en terreno fértil y está dando —y seguirá dando— buenos frutos.

EL POR QUÉ DE ESTE DISCURSO

*«Yo no supe dónde entraba
pero cuando allí me vi
sin saber dónde me estaba
grandes cosas entendí
no diré lo que sentí
que me quedé no sabiendo
toda ciencia trascendiendo».*
San Juan de la Cruz

Sin duda el discurso que ha de ser leído para el ingreso en la Real Academia ha de ser sentido y motivado por una trayectoria personal, docente e investigadora.

Mi temprana vocación hacia la Farmacia ha guiado mi vida profesional, consolidando de manera firme mi deseo de hacer partícipes a los demás de mis conocimientos. La docencia satisface esta inquietud, impulsando paralelamente la investigación en temas relacionados con el ayer de nuestra profesión, el pasado histórico como rampa de lanzamiento hacia un futuro mejor, en el ánimo de hacer juntos el camino que nos lleve a lograr una sociedad, no sólo más solidaria y más justa, sino con menos desigualdades en materia de salud.

La Historia de la Farmacia como génesis morfológica de la Legislación farmacéutica, el medicamento y las normas regulatorias cimentadas en el derecho constitucional de protección a la salud, importancia del deber del Estado en su protección, tutor y fiscalizador, medicamentos seguros, eficaces y de calidad, al menor coste, individual y colectivo, la equidad, el uso racional y la participación social, son claves de unas disposiciones que nos cumple observar, respetar y cumplir.

Casi medio siglo dedicada a conocer, ver y saber para poder obrar, intentando alcanzar «la virtud», tal y como la concebía Aristóteles, me permite reflexionar sobre una profesión que amo profundamente: la Farmacia, y unos profesionales, los boticarios, elemento esencial, eje central de nuestra actividad profesional, actividad regulada por normas legales y deontológicas, tan importantes o más que aquéllas. El medicamento y, por supuesto, los destinatarios de todo ello, los pacientes y usuarios, o lo que es lo mismo, todos nosotros, la sociedad.

De lo antedicho se deduce que esta disertación recoge, sucintamente, algunas de las investigaciones realizadas a lo largo de mi ya dilatada vida profesional, junto a una visión personal del momento, difícil, que nos ha tocado vivir, en el que arrecian tramontanas que obstaculizan el diario caminar de los especialistas en el ámbito del medicamento; lo cual, unido a los nada alentadores presagios de augures y aurúspices al respecto, hace que el paisaje que se otea en el horizonte no sea el más deseable, está más próximo al barroquismo pictórico holandés de Rembrand que al barroquismo colorista español del gran genio Diego de Velázquez.

Éstas, mis reflexiones, he de hacerlas llegar a todos ustedes no sólo de viva voz, sino a través de un texto escrito. Por ello, como afirma José Luis Sanpedro en su obra *Escribir es vivir*:

«Escribir es vivir y las dos reglas básicas de la escritura son: 1.^a) que la escritura salga de dentro, y responda a una necesidad interior, y 2.^a) que, una vez embarcados en la escritura, hay que entregarse, sumergirse a fondo, creer y vivir lo que se escribe»⁴.

Porque creo en lo antedicho, intentaré escribir este discurso siguiendo los sabios consejos del gran maestro.

I. LA FARMACIA

*«Los resultados de la Ciencia ni dignifican
a los hombres ni los enriquecen,
pero sí lo hace el trabajo intelectual,
tanto productivo como receptivo,
que es el esfuerzo por comprender».*

Albert Einstein

¿Qué es la Farmacia?

«Al método de elegir, preparar y hacer composiciones con las sustancias de los tres Reinos de la Naturaleza en beneficio de la salud de los vivientes se le ha dado el nombre de Farmacia...»⁵.

Así la concebía el ilustre Boticario de Cámara, Gregorio Bañares, en las postrimerías de la decimonovena centuria; concepción que señala al medicamento como eje central del trabajo del boticario en beneficio de la salud de los seres vivos, algo consustancial con nuestra profesión, ayer y hoy.

Sin menoscabo de lo anterior, la Farmacia es Historia, la Farmacia es Arte, la Farmacia es Literatura, la Farmacia es Ciencia, la Farmacia es Profesión... por ello, con suaves pinceles, con productos naturales de brillantes colores: azul cobalto, verde malaquita, negro obtenido de hormigas calcinadas, rojo extraído de pequeñísimos seres vivos, cochinillas..., manos temblorosas y gruesos trazos, intentaré plasmar, en el indeleble y resistente lienzo de estas páginas, una nítida y colorista composición.

Farmacia e Historia

«El relato histórico ha de concebirse como un entusiasta ensayo de resurrección».

José Ortega y Gasset

Para el gran filósofo Zubiri, el saber histórico ha de concebirse como el curso temporal y trascendente de las acciones del género humano; curso en el cual los hombres van creando u olvidando posibilidades —intelectuales, técnicas, políticas, artísticas— para hacer su vida, y por tanto incrementando, o empobreciendo, su capacidad para vivir como tales hombres.

El aserto precedente es aplicable a la Historia de la Farmacia como parte de la Historia de la Ciencia. El medicamento, eje sobre el que gira toda la actividad de una profesión, para cuyo ejercicio es imprescindible la relación y conocimientos de ciencias y metodologías sin las cuales el diseño, la elaboración, la conservación y la dispensación de fármacos no sería posible.

La belleza y la longevidad son dos focos de interés desde los orígenes de la Farmacia. En algunos aspectos curiosos como el empleo del «bótox», creado a partir de la toxina del *Clostridium botulinum*, o la belleza de la vista alabada en el Renacimiento usando la *Atropa belladonna*. Elixires de la eterna juventud o agua de la vida eterna han sido motivo de muchas páginas literarias. Los planteamientos del pasado siguen siendo motivo de inquietud en el presente; el elixir de la eterna juventud tiene su similitud en el deseo actual de retrasar el envejecimiento, quizás no utilizando polvos de víboras jóvenes no preñadas a las que se cortaba la cabeza, a dos centímetros del cuello, y se le extraían parte de las vísceras, ni utilizando grasa humana para elaborar cosméticos —aunque, como ha divulgado recientemente la prensa, en algún país lejos de nuestro Continente se sigue matando personas para extraerles la enjundia y venderla carísima a tal fin—; hoy se investiga en el hallazgo de propiedades en los radicales libres, o el empleo de *Reverastrol* que se halla en el vino para retrasar el envejecimiento.

Pero remedios mágicos y medicamentos astrales se han utilizado, y en menor medida se siguen utilizando, a lo largo de la Historia. Arnau de Vilanova recomendaba a los Papas que se pusieran un anillo de oro para aliviar las dolencias de sus riñones, y hoy se recomiendan pulseras mágicas.

La Historia de la Farmacia es la historia del medicamento y de sus expertos, los boticarios, convertidos en farmacéuticos en las pasadas centurias. Mitología e historia claramente diferenciadas, la Historia de la Farmacia es el panegírico de una profesión, de sus avatares a lo largo de los siglos, y la solidez de la Farmacia española permite su consideración.

La Historia de la Farmacia recoge la constante lucha de los seres humanos por conseguir la riqueza y el bienestar, del esfuerzo colectivo y de superación para erradicar las miserias que nos acechan, de evitar padecimientos, físicos y mentales, consecuencias de diferentes patologías que nos asolan. En versos del poeta, farmacéutico, León Felipe:

«Hombres
sobre hombros
de otros hombres;
Hombres
con hombros
para otros hombres».

Guerra contra el sufrimiento y la enfermedad, contienda para desterrar obsoletas teorías y encarnizadas dependencias de deidades que jugaban con los seres humanos para distraerse y alegrar su corazón, de sumisión, de resignación ante patologías cuya etiología no era sino haber trasgredido las normas de seres superiores, pecado o prueba, deidades, chamanes, jefes de tribus, sacerdotes imbuyendo sentimientos de culpabilidad, supresión de la voluntad humana.

Medicamento y su entorno, dualidad salud-enfermedad, concepto de ambas y respuesta terapéutica acorde a ello. El medicamento y su entorno científico. De la Farmacia simbólica, medicamentos mágicos, bálsamo de Fierabrás, triacas, pezuñas de la gran bestia, grasa humana, piedras preciosas..., fuerza reparadora de fetiches, talismanes, amuletos y cualquier otro protector pasivo. Del humoralismo hipocrático-galénico, la gran revolución de la Grecia clásica, medicamentos procedentes del reino vegetal, plantas del entorno para sanar, la materia médica de Dioscórides, base doctrinal de la terapéutica, *Manus Dei*, al hechizo de las prácticas alquímicas, tan oscurantistas y por ello más deseadas, el oro alquímico y la piedra filosofal, el «Santo Grial» para tantos y tantos amantes del saber, la inquietud intelectual o codiciosas metas, inspiradoras de esfuerzos colectivos; «Ouroborus», serpiente que se muerde la cola, precioso y certero símbolo, camino iniciático por el que transitan anhelantes sabios, cuyas huellas permanecen y animan a otros hombres.

Expediciones al Nuevo Mundo en el periodo ilustrado, para hallar nuevos remedios, la quina arma poderosa. Pasos de gigantes en el siglo XIX, caída del galenismo perviviente, triunfo de la investigación fiadora de la obra de Claude Bernard y Louis Pasteur, sueroterapia, alcaloides, *Salvarsán*, analgésicos, antibióticos, antesala de la industrialización y la experimentación. Grandes retos, zancadas de gigantes, cambio de mentalidades que contemplan el paso de la labor artesanal del boticario, en su rebotica, con el lenguaje entre pildoreros, matraces, tamices, balanzas, redomas y morteros, cuyo eco se perdía más allá del recóndito recinto, a la elaboración en lugares que, en principio, nada o poco tenían que ver con aquéllas. Los específicos y la industria farmacéutica eclosionan en las postrimerías de la decimonovena centuria sembrando la discrepancia entre elaboradores y dispensadores de fármacos; defensores, detractores y eclécticos saltan al ruedo para defender sus posturas, consolidación total en la vigésima centuria y, ya en los albores del siglo XXI, triunfo de la experimentación, la investigación y un gran salto metodológico en biotecnología y terapia génica, eclosión de medicamentos individualizados en función del código genético, auténtica revolución de nuestro siglo. Triunfo de la inteligencia de congéneres, en palabras de Kant: «La inteligencia es sublime; el ingenio, bello; la audacia grande y sublime; la astucia es pequeña, pero bella»⁶.

La Historia de la Farmacia es la historia de un comercio, de intereses a veces contrapuestos. La Historia de la Farmacia no puede ser ajena a cuantos, con su tesón y esfuerzo, han contribuido a desenmascarar la verdad, a lograr cotas de bienestar social, al ejercicio profesional digno, la deontología como norma; sirvan de ejemplo José Rodríguez Carracido, o el liberal-progresista Pedro Calvo Asensio, hombres ejemplares, en el sentido orteguiano, con clara visión de futuro, entusiasmo y esfuerzo a raudales, que junto a tantos y tantos otros aportaron lo mejor de cada día y no se resignaron a permanecer encallados en un mar sin oleaje, en un barco lastrado por falta de medios y buenos timoneles. Ellos fueron faros capaces de guiar la nave para que arribara, felizmente, a buen puerto, la nave de la Farmacia, logrando, desde la tribuna académica o política, la justa consideración social del farmacéutico y la incorporación de la Farmacia en las estructuras sanitarias del organigrama funcional del Estado, el centralismo y los aspectos burocráticos sustituirán, en el siglo XIX, las caducas estructuras gremiales.

La Historia de la Farmacia es la historia de los establecimientos sanitarios en los que el embriagante olor de los simples medicinales, materias primas, y la belleza de imprescindibles utensilios: morteros, balanzas y tamices, acari-

ciados por manos expertas, al modo de las cuerdas de instrumentos musicales, que cual la lira adormecían los sentidos, proporcionando alivio a las dolencias del alma y del cuerpo.

Boticas y reboticas, obligado lugar de encuentro, templo de profesionales e intelectuales comprometidos con sus ideales y con la sociedad, amenas y acaloradas tertulias, recónditas reboticas, templos sagrados, con olores y colores que embriagaban a los que allí se congregaban, personas con diferentes inquietudes cuyo nexos de unión era debatir en libertad, fomentando la participación y la opinión en cualquier tema por banal que pudiera parecer, liderazgo del boticario, móvil impulsor, y que el poeta Antonio Machado, con su ágil y suelta pluma, compromiso y belleza juntos, se imagina así:

«Es de noche
Se platica
Al fondo de una botica...»⁷

La Historia de la Farmacia no es ajena a la sumisión, bien definida por Aristóteles en base a su condición y único destino, de la mujer al varón. Lastre arrastrado, resignada y calladamente, durante tantos siglos.

En la Historia de la Farmacia, protagonistas como Dioscórides, Galeno y Paracelso siguen siendo famosos hoy día. Se sigue hablando de la farmacia natural como recurso frente al principio activo, autores cuales Pedacio Dioscórides Anazarbeo cuya obra, escrita en el siglo I de nuestra era, no sólo fue la primera obra enciclopédica de interés exclusivamente farmacéutico en la que se recoge el saber farmacológico de su tiempo, sino que tuvo una gran influencia en épocas posteriores, perdurando en el tiempo; de ella se hicieron un gran número de versiones y ediciones, en España, la traducción del médico de Felipe II, Andrés Laguna, sirvió para utilizarla como texto en la enseñanza de la Farmacia, siendo de tenencia obligada en las boticas.

Y qué decir de Galeno, cuya obra recoge la tradición terapéutica clásica y helenística y el inicio de la Farmacología racional, y cuyos conceptos de salud, enfermedad y terapéutica aplicada pervivieron hasta bien entrado el siglo XIX; y del inconformismo del renacentista Paracelso, más importante por cómo lo dijo que por lo que dijo pero que, tal vez sin quererlo, se opuso y criticó las teorías galénicas abriendo un nuevo camino al empleo de la terapéutica metálica por vía interna, marcando el inicio de la iatroquímica.

Lo que no es menos cierto es que la Farmacia del pasado está basada en conocimientos empíricos, por ello no estoy de acuerdo con el planteamiento

de «farmacia natural» como recurso frente al principio activo. Una línea argumental que no hemos de confundir con la Fitoterapia, que exige el conocimiento del principio activo de las plantas, con la «farmacia verde», fármacos a base de especies vegetales medicinales, tradicionales o no, o medicamentos obtenidos por síntesis química que, en líneas generales, son más enérgicos. Cada medicamento tiene sus propias indicaciones terapéuticas y así se recoge, tanto en España como en Europa, en las vigentes normativas legales y en las farmacopeas; es más, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, entre los medicamentos especiales incluye, junto a los de terapia avanzada, las vacunas y demás medicamentos biológicos, los de origen humano, los radiofármacos y los gases medicinales, los homeopáticos y los de plantas medicinales.

La Historia de la Farmacia permite conocer los hitos que marcaron nuestra trayectoria y, sin ánimo de elegir unos en detrimento de otros, igual de importantes, dejaré constancia, a modo de ejemplo, de tan sólo algunos: un año para no olvidar es 1650 en el que la Farmacia es declarada, en España, «arte científico».

En el siglo XVIII, la llegada al trono de Felipe de Anjou y el inicio de una nueva dinastía, la Borbónica, con la que se inicia en España el periodo ilustrado, marca la impronta, similar al ansiado deseo de reforma, basado en el centralismo; lo que suponía, en el área sanitaria, una gran cambio en la administración de la cual no estaban ajenos los boticarios, sometidos a las exigencias del Real Tribunal del Protomedicato.

La figura del boticario José Hortega, hombre tan próximo al poder, se consolida como la piedra angular de la gran reforma exigible para adecuarse a la nueva situación socio-política. En su botica de la madrileña calle de la Montera se alumbra una nueva institución académica, la Real Academia Médica Matritense, que ha de constituirse en foro de debate, consulta y asesoramiento de cuantos temas científico-sanitarios demandase la institución monárquica. Paralelamente, Hortega impulsa la renovación de la estructura gremial farmacéutica para adecuarla a la moda imperante: alejar las asociaciones gremiales de la exclusiva dependencia de las congregaciones religiosas para pasar a ser consideradas corporaciones que, sin perder el cariz religioso, pudieran tener el barniz de ilustradas.

La reforma sanitaria tuvo a los Ejércitos, al Real Tribunal del Protomedicato y a la Junta Suprema de Sanidad como sus instituciones rectoras, siendo la Real Botica el centro destinado a dirigir la Farmacia; la importancia

de esta institución, y el papel desempeñado por los Boticarios Reales, es incuestionable.

Felipe V y sus sucesores anhelaban convertir a España en un estado absolutista, cual el francés; pero eso sí, ilustrado, en el que se permitiese a los españoles salir sin impedimento alguno a los lugares europeos en los que se hacía Ciencia, aunque los estudios se orientaran hacia los aspectos prácticos, o lo que es lo mismo, a promover las «ciencias útiles» y, entre estas ciencias, se encontraba la Botánica, que no sólo no presentaba problemas teológicos sino que, por el contrario, el conocimiento de la misma serviría para acercarse más a la obra del Creador. Por ello se crea, en 1755, el Real Jardín Botánico de Madrid, institución científica al servicio de la Corona y establecimiento sanitario, cuya finalidad era: «el adelantamiento de las artes y las Ciencias cuyos progresos prometen ventajas grandes a la salud de sus vasallos...».

Desde sus inicios, el Real Jardín Botánico tuvo una doble finalidad: investigadora y docente, como centro para la formación de sanitarios, boticarios principalmente, y de divulgación de la Botánica a todo aquel que lo deseara.

Casimiro Gómez Ortega y Antonio Palau introducen, en las enseñanzas de la Botánica, las teorías de Carlos Linneo. Se publica, en 1739, la primera edición de la *Pharmacopoeia Matritensis*, una segunda aparece en 1762, y los españoles Hipólito Ruiz, José Pavón, Juan de Cuellar y Vicente Cervantes inician, junto a otros, las expediciones científicas a ultramar a la búsqueda del tan ansiado «oro verde».

En la siguiente centuria no hemos de olvidar la labor de Pedro Gutiérrez Bueno, introductor en España de la nomenclatura química de Antoine-Laurent de Lavoisier. Y sin duda, en el plano profesional, ha de ser destacada la labor del farmacéutico liberal-progresista Pedro Calvo Asensio que, como diputado en Cortes, junto a otros parlamentarios, logró la aprobación de las Ordenanzas de Farmacia promulgadas el 18 de abril de 1860, con la que culminaban la consecución de unos objetivos, largos años perseguidos, cuales eran la consolidación no sólo del prestigio de unos profesionales, los farmacéuticos, sino también de su consideración social.

El modelo liberal-progresista suponía el establecimiento de un esquema que consagraba la propiedad y la titularidad de la oficina de farmacia, exclusivamente del farmacéutico, al tiempo que el reconocimiento de su actividad; es decir dotaba de soporte legal a su actividad exclusivista, vigente en la actualidad.

En el pasado siglo Laureano Calderón Arana y José Rodríguez Carracido introducen la Bioquímica, Francisco de Castro descuella en los estudios de Microbiología, Rafael Folch Andreu introduce los estudios de la Historia de la Farmacia, primero en el doctorado y posteriormente en la licenciatura, y tantos otros farmacéuticos aportaron lo mejor de cada día y engrandecieron nuestra ciencia y profesión: la Farmacia.

La Historia de la Farmacia se construye escudriñando en archivos y bibliotecas textos amarillentos con olor a rancio, por el paso de los tiempos, que guardan maravillosos secretos, tal vez hasta ahora desconocidos, y cuyo hallazgo invita al investigador a deleitarse y disfrutar con su conocimiento. Es experimentar la emoción de lo desconocido y, sobre todo, sentir el placer de buscar y hallar la verdad, la verdad aristotélica, que no es sino el saber. Es el resultado de un compromiso existencial porque, parafraseando a José Bergamín, «Existir es pensar, y pensar es comprometerse»⁸.

Es, emulando las palabras del maestro Laín Entralgo, la fruición de recrearse en el recuerdo del pasado con la esperanza de futuro, y el relato histórico ha de ser, en palabras de Ortega, un entusiasta ensayo de resurrección.

Farmacia y Literatura

La Farmacia ha sido motivo que ha inspirado a grandes literatos: Machado, Neruda, Valle, Cunqueiro, Guerra Garrido y tantos otros⁹, con una obra tan bien escrita, pluma ágil, suelta y por ello inmortal, que han hecho honor a la Farmacia, en parte ciencia pero también prosa, artificios literarios, capacidad de jugar con las palabras y la vida para adornar la existencia, maquillarla y vestirla, y para ello qué mejor maridaje que la Farmacia y la Literatura¹⁰.

Tres poemas, de otros tantos autores, a modo de ejemplo; Valle Inclán en su obra *La tienda del herbolario* versifica así:

«Aquella cueva del herbolario
se me ofrecía como un breviario.
Lleno de goces y de visiones
cálidas: sierpes y tentaciones.
¡Y tan oscura! Daban su esencia
las yerbas. Era llena de ciencia.
Embalsamado breviario, abierto
sobre las sombras de un hondo huerto.
Clave de aromas que en sí condensa
del universo la visión densa».

Por su parte, Fernando del Campo Aguilar, en *Los Bálsamos*, escribe de estas casi panaceas de este modo:

«Todo nombres, aromas y sabores:
Liquidámbar, Benjuí, Perú, Canela.
Revive una dormida tarantela
de tiempos de marfiles soñadores».

Y el gran Federico Muelas, más atraído por la Literatura que por la Farmacia; bonhomía, talento, ingenio y creatividad por arrobos y a partes iguales; singular en todas sus actuaciones, gran poeta, que consideró a la Farmacia poesía, ejerció su profesión de modo un tanto particular, y no lo digo como crítica, sino como elogio, ya que gracias a su inquietud y proyección intelectual, las tertulias que en su botica se celebraban, en el número 13 de la madrileña calle Gravina, a la que asistían, por citar tan sólo uno, el boticario y grandísimo escritor Raúl Guerra Garrido, alumbraron, entre albarelos, retortas, sales de cinc, calomelanos y salicilatos, la Asociación Española de Farmacéuticos de Artes y Letras de la cual, el querido y añorado Dr. Reol, mi

predecesor en la medalla 23 de esta docta Corporación, fue Presidente y Presidente de Honor.

La botica y los boticarios, proyección social e intelectual, artesanos de remedios para curar males del cuerpo ¡y hasta del alma! Infatigables luchadores animados por el anhelado deseo de erradicar la enfermedad de nuestro planeta. A ellos dedicó Federico Muelas este villancico:

«Dime ¿qué le llevarás?
Pastillas de la tos.
¡Poca cosa para un Dios!
Y jarabe de Tolú
dulce, dulce...
¡Qué poco para Jesús!
Pues tú, ¿qué le llevarías?
Sólo un pomillo de azahar
para el susto de María».

Raúl Guerra novela magistralmente la labor del boticario rural, personificada en su abuelo D. José Garrido, el boticario de Cacabelos, realidad y ficción para elogiar al farmacéutico humanista, al científico entregado a los demás, a la persona por encima de cualquier otra consideración, alejada de las vanidades y soberbias de fariseos e insolidarios, profesionales para los cuales el éxito, «su éxito», ha de ser su única meta¹¹:

«Es la lenta desaparición de esa vieja sabiduría sanitaria que tan bien sabía combinar experiencia y humanismo, la que también compartían el médico de cabecera y el boticario del pueblo. Ya sé que el consuelo y la comprensión no son los más eficaces remedios para combatir la enfermedad, pero, a veces sí los únicos para aliviar al enfermo y su presencia jamás hizo mal a nadie»¹².

Farmacia y Literatura, necesaria simbiosis, incluso para nuestro premio Nobel, el insigne Santiago Ramón y Cajal, que afirma, en sus *Charlas de Café*, que nada hay más semejante a una biblioteca que una botica:

«Si en las estanterías farmacéuticas se guardan los remedios contra las enfermedades del cuerpo, en los anaqueles de las librerías se encierran los específicos reclamados por las dolencias del ánimo... libros fúnebres que hagan llorar, como la pilocarpina; libros que hagan reír y delirar, como el alcohol y el haschisch (fase de delirio hilarante);

libros sedantes, como el veronal y el bromuro de potasio; libros analgésicos, como la cocaína y la morfina; libros tónicos, como los preparados de hierro, y hasta libros de pura broza, ganga y relleno, como la vaselina y el cerato simple»¹³.

Farmacia y Arte

Desde épocas remotas el hombre ha elaborado medicamentos, inicialmente por empirismo, para paliar o remediar tanto sus dolencias como las de sus congéneres. La preparación artesanal, efectuada por los boticarios, les convierten en artistas capaces de transformar hábilmente sustancias de los tres reinos en medicamentos; medicamentos que ha de elaborar, como recogen los textos de práctica farmacéutica, *fiat secundum artem*.

Felipe IV declara a la farmacia, por Real Cédula de 13 de marzo de 1650, en un «arte científico». Esta disposición permitía a los boticarios dar un paso al frente, al dejar de ser miembros de los gremios artesanales menores, para incorporarse a la burguesía barroca; su arte ya no es «arte manual», sino «científico»¹⁴.

No hemos de olvidar, en ningún caso, que la elaboración artesanal de los medicamentos exigía, amén de los conocimientos del boticario, una actitud y capacidad, un lugar en los que elaborar el fármaco, unos utensilios para su preparación y recipientes para su conservación: morteros, balanzas, pildoreros, redomas, retortas, cajas de madera, albarellos, orzas y tantos otros son, en la mayoría de los casos, auténticas obras de arte, no tanto por la función, sino por el gusto del boticario y su peculio.

Las boticas, cuyas dependencias habían de disponerse según las indicaciones de los rectores de la profesión: los Colegios de Boticarios hasta bien entrado el siglo XIX, actualmente según las normas legales que exigen, en las distintas Comunidades Autónomas de nuestra «piel de toro», una superficie y condiciones mínimas: número de metros cuadrados y zonas separadas, tanto para la elaboración como para la dispensación; antes —y ahora— decoradas acorde a los gustos de cada época: bellísimos anaqueles y mostradores sobre los que se colocan diferentes objetos relacionados con la práctica farmacéutica son, con mucha frecuencia, auténticas obras de arte, de una gran belleza, que tranquiliza y deleita a los que acuden a que les sean dispensados los remedios para los males físicos y psíquicos que les aquejan.

Una visita al Museo de la Farmacia Hispana, ubicado en la Facultad de Farmacia de la UCM, singular y único, uno de los mejores del mundo en su género, herencia material e intelectual de los profesores Rafael Folch Andreu y Guillermo Folch Jou, mi maestro, es suficiente para corroborar los asertos precedentes.

Reproducciones museográficas de la farmacia del Hospital de las Afueras, de Toledo, o de una farmacia árabe, o las auténticas farmacias de Gibert, procedente de Torredembarra, la barroca del Hospital de San Juan de Astorga, la neoclásica del licenciado Maeso¹⁵, o la segoviana del licenciado Sangarcía, permiten al visitante deleitarse y comprender la evolución del medicamento y de sus profesionales.

Ricas colecciones de cerámica farmacéutica: albarelos, orzas, botes pildoreros, botes cañón... de diferentes épocas y procedencia; cerámica catalana, aragonesa, valenciana. Colecciones de cristal; redomas y retortas, vasos brocales, cajas y botiquines de viaje de madera decorados con diferentes colores y tonalidades, fruto de la mano de grandes artistas, dualidad Farmacia-Arte.

Pero la Farmacia también ha inspirado a libretistas de zarzuelas, Ricardo de la Vega, y compositores, cual Tomás Bretón; ambos alumbran una zarzuela tan popular como *La verbena de la Paloma*, reflejo de la sociedad madrileña, del casticismo decimonónico, obra de nuestro mal llamado «género chico» que inmortaliza la figura del boticario don Hilarión, castizo y popular, querido por las gentes; recuerden el diálogo entre Sebastián y el boticario, don Hilarión, auténtica figura de educador sanitario, con una labor artesanal garantizada por sus conocimientos:

«Hilarión: El aceite de ricino / Ya no es malo de tomar.

Sebastián: ¿Pues cómo?

Hilarión: Se administra en pildoritas / y el efecto es siempre igual.

Sebastián: Hoy las ciencias adelantan / que es una barbaridad.

Hilarión: ¡Es una brutalidad!

Sebastián: ¡Es una bestialidad!

Hilarión: La limonada purgante / no la pide nadie ya.

Sebastián: Como que esa limonada / nunca sirve para na. / Es lo mismo que un refresco / de naranja o de cebá.

Hilarión: Pues por eso justamente / ya no es chicha / ni limoná.

Sebastián: Pues el agua de Loeches / es un bálsamo eficaz.

Hilarión: Hoy la ciencia lo registra / como muy perjudicial...»

Al igual que ésta, otras bellísimas composiciones musicales tienen, como astros que brillan con luz propia, al boticario y a la botica.

Farmacia y Profesión

*«Boticario es y quiere decir tanto
como hombre que trata
y transforma muchos y muy diversos
géneros de medicamentos para remedio
y modo de alcanzar y restaurar
la sanidad de los cuerpos humanos».*
Antonio de Aguilera

Del boticario de ayer, artesano de los medicamentos, para lo cual, como recogen autores renacentistas, tal el supra dicho Antonio de Aguilera, debería de estar adornado de virtudes cuales saber latín, ser joven, ser temeroso de Dios y muy recatado en su propia conciencia, tener los medios suficientes para hacer siempre lo que debe y poder permitirse ser caritativo con los pobres, casado para evitar vanidades y mucho género de distracciones, y con buen sentido del gusto para distinguir los diferentes géneros de medicamentos¹⁶... eso sí, sin estudios universitarios hasta la segunda mitad del siglo XIX, 1845, circunstancia coincidente con un cambio de modelo profesional: la consolidación de un modelo liberal, caracterizado por la incorporación administrativa de la Farmacia a la Sanidad y, ambas, al organigrama funcional del Estado¹⁷; la libertad de ejercicio profesional y la consecución, tras la aprobación de la Ley de Sanidad de 1855 y las Ordenanzas de Farmacia de 1860, del monopolio profesional.

Al farmacéutico de hoy, que mantiene la actividad exclusivista, propiedad y titularidad del establecimiento, privado de interés público, que es la oficina de farmacia... eso sí, sometido a planificación, inmerso en la prestación farmacéutica que comprende: «los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes lo reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y a la comunidad...»¹⁸. Es decir, el farmacéutico —los 42.831 farmacéuticos ejerciendo actualmente en las 21.209 farmacias autorizadas en España— que ha de realizar no sólo dispensación, entrega responsable de los medicamentos solicitados mediante una solicitud verbal o una petición escrita, receta médica, sino atención farmacéutica, colaborando de este modo al su uso racional. El farmacéutico, «persona cualificada» en la normativa europea para el funcionamien-

to de la industria farmacéutica, director técnico, máximo garante de la calidad de los medicamentos de fabricación industrial¹⁹.

Algo ha permanecido como denominador común: el objeto básico de su actividad artesanal o científico-profesional, que no es otro que el medicamento; elaboración artesanal o industrial para eliminar el dolor, prevenir, paliar o curar enfermedades de los seres vivos, seguridad, eficacia, calidad y relación beneficio/riesgo, a ser posible siempre superior a uno. Conceptos no siempre expresados en estos actuales términos, pero sí perseguidos en función de los conocimientos y medios de las diferentes épocas.

Y todo ello sin menoscabo, ni merma de importancia, de la labor del farmacéutico en otras actividades, que le son propias, pero que son desempeñadas en otros ámbitos diferentes a los del medicamento: productos sanitarios, cosméticos, alimentación... que, en términos únicamente cuantitativos, son desempeñadas por un número menor de profesionales.

Volviendo a las actividades relacionadas con la elaboración, conservación y dispensación de los medicamentos, no debe sorprendernos que los necesarios cambios, en cualquier actividad humana, no siempre son bien recibidos. Sólo un ejemplo: la Farmacia fue testigo de discusiones, debates y acalorados enfrentamientos, en las postrimerías de la decimonovena centuria, entre boticarios partidarios y detractores de la elaboración, en España, de medicamentos de fabricación industrial. El paso de la farmacia artesanal a la industrial suponía, no una ruptura, sino un cambio; en principio de mentalidad y posteriormente de actualización de conocimientos y aptitudes. El medicamento, preparados oficiales y fórmulas magistrales, se elaboraba en las reboticas, en palabras de Raúl Guerra Garrido: «La fórmula magistral es la piedra filosofal de la galénica con la que desde siempre se trató de aliviar o desvanecer el dolor».

Paulatinamente, en las postrimerías de la decimonovena centuria, comienzan a introducirse los específicos que, en principio, casi nada tenían que ver con aquéllos, pero que fueron puerta de entrada de las especialidades farmacéuticas, medicamentos de fabricación industrial de uso humano y veterinario en terminología actual, no bien recibidas por todos los boticarios que se dividieron en defensores, como Mariano Pérez Mínguez, detractores, como Pablo Fernández Izquierdo o Pedro Calvo Asensio²⁰, y eclécticos, que eran la mayoría²¹. Pasado el tiempo, nadie cuestiona ni ve problema alguno al respecto; pero sin embargo, y como es lógico, aparecen otros muchos problemas que demuestran que la Farmacia es materia viva y, por lo tanto, cambiante.

En la actualidad, al farmacéutico legalmente le corresponden «las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos fármaco-terapéuticos, analíticos y de vigilancia de la salud pública»²². Sin menoscabo de la exigible formación continuada, decretada en los siguientes términos: «Los profesionales sanitarios realizarán, a lo largo de su vida profesional, una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional».

Sin duda, el especialista en el medicamento, el farmacéutico, el profesional de este siglo, ha de ser, además, una persona capaz de tomar decisiones adecuadas en cada momento y de integrarse en equipos multidisciplinares de salud, comunicador y líder, con una autoexigencia que le impulse a una formación continua incuestionable y preparado para ser un buen gestor; es decir, un profesional cuya actividad le exigirá «aprender haciendo».

Es necesario y conveniente evolucionar al ritmo de los tiempos, y a nuevos tiempos nuevas respuestas, pero aprender es tarea común. Decía Antonio Machado que «lo que se ignora se desprecia» y nos suele ocurrir a casi todos los humanos, que creemos ser más listos que nuestros congéneres y no necesitamos aprender nada de nada, despreciando la diaria exigencia de estar aprendiendo. En definitiva, se hace imprescindible encarar, conjuntamente, el trío Sociedad-Profesión-Facultades de Farmacia.

De los precedentes asertos se desprende mi inquietud por actualizar los saberes, máxime cuando han comenzado los estudios de grado, que sustituyen a los de licenciado

Así pues, aparece la necesidad de fomentar las potencialidades de los profesionales farmacéuticos para cubrir otras expectativas sociales; todo ello sin perder la perspectiva del futuro reconocimiento social y económico del farmacéutico, tanto a escala individual como colectiva.

Los estudios de Farmacia

*«También vosotras las palabras,
doncellas inmaduras, lenguaraces
que os ocultáis tras la madera antropomorfa
y abris los paraguas bajo el aguacero
podrías dejarme así, tenerme así, ayudarme así».*

José Félix Olalla

El nacimiento de la Farmacia como profesión y ciencia, y su lógica separación de la Medicina por causas científicas, religiosas y económico-sociales, conllevó el necesario aprendizaje, inicialmente en la botica de un boticario y, posteriormente, en centros docentes: Reales Colegios de Farmacia y, más tarde, Facultades de Farmacia.

En España, como hemos referido, no existieron enseñanzas oficiales para farmacéuticos hasta la decimonovena centuria. Hasta entonces, para abrir una botica, se aprendía durante un tiempo estipulado, generalmente cuatro años, en la de un boticario establecido, el cual sólo podía tomar a un aprendiz; posteriormente, el aprendiz se sometía a un examen ante el Real Tribunal del Protomedicato.

Al menos en la Corte, el padre del aprendiz, por ser éste menor de edad, solía otorgar escritura pública ante el correspondiente notario, en la cual quedaba constancia de las condiciones del aprendizaje, tanto del maestro como del discípulo; es el caso de Manuel Arias, boticario en la madrileña Puerta del Sol, quien se comprometía, en 1697, a tener en su casa, durante cuatro años, a Cristóbal Martín de Sepúlveda, joven de dieciocho años, al cual se comprometía a alimentar, dar cama y ropa limpia y enseñar²³. La casa botica, en la época referida, comprendía, en general, una planta superior, que ocupaba la vivienda del boticario, y una inferior, destinada a las dependencias de la botica y rebotica.

Los deberes del aprendiz eran aportar vestido y calzado, «servir y asistir» al maestro, no pudiendo ausentarse del establecimiento y, si lo hiciera, su padre estaría obligado, en el plazo de ocho días, a devolverle a casa del maestro; en caso de no hacerlo, éste podría buscarle en un contorno de doce leguas, pero el coste devengado de esta búsqueda correría a cargo del progenitor del aprendiz huido.

El maestro contraía una gran responsabilidad, puesto que si el aprendiz, pasados los cuatro años de práctica, no superaba el examen ante el Real Tribunal del Protomedicato, no pudiendo, en consecuencia, alcanzar la categoría de oficial que le permitiese ir a otra botica, aquel debería pagarle el mismo salario que si hubiese alcanzado tal categoría, ¡ahí es nada! o, para ser más precisos, recurriendo al dicho popular: «El buen maestro hace al buen discípulo».

En definitiva, hasta la segunda mitad de la decimonovena centuria, años de práctica, edad, limpieza de sangre, y pertenencia a la correspondiente corporación farmacéutica, eran algunos de los requisitos exigibles para presentarse al examen, lo cual permitiría al aspirante, una vez superado aquel, y admitido en el Colegio de Boticarios de su jurisdicción, establecerse en su propia botica y ejercer su profesión elaborando, artesanalmente, los preparados oficinales y las fórmulas magistrales²⁴.

Bien es cierto que la creación, en 1755, del Real Jardín Botánico de Madrid, institución científica sanitaria, al servicio de la Corona²⁵, supuso un importante cambio; un paso de gigantes, pues a las clases que en él se impartían acudían mancebos y oficiales de botica, pero un paso insuficiente, sin negarle que fue un buen prólogo para la creación de centros docentes en los que los estudios de Farmacia hubieran de realizarse con específicos planes de formación.

El anhelado deseo se hizo realidad con la promulgación de las Reales Ordenanzas de 1804, donde se dispone la creación de un Colegio de Farmacia en Madrid, que sirviese de modelo a otros que pudieran establecerse, debiendo éste contar con dos catedráticos, para impartir Química y Botánica, y dos sustitutos²⁶. De este modo se establecía el primer plan de estudios que tuvo la Farmacia en España, con el que se iniciaron las enseñanzas oficiales.

Tras muchos avatares, el Colegio, al regreso de Fernando VII, pasó a denominarse Real Colegio de Farmacia de San Fernando; fundándose similares centros docentes en Barcelona, Santiago y Sevilla.

En 1845 es aprobado un nuevo plan de estudios, al tiempo que la Farmacia se incorpora al contexto de las demás Facultades universitarias; el Colegio de Farmacia entrega la antorcha. Nacen así las Facultades de Farmacia, centros de enseñanza superior a los que obligatoriamente tendrían que acudir, cursando y superando las asignaturas exigibles en los planes de estudios vigentes, quienes desearan, no sólo adquirir unos conocimientos necesarios para desempeñar una actividad profesional, sino que estos estuviesen avalados por una certificación académica, por un título oficial, válido en todo el territorio nacional.

Las Facultades de Farmacia de Madrid, Barcelona y Granada, a las que de modo decidido y sorteando gran número de trabas fuimos incorporándonos poco a poco las mujeres, fueron testigo y modelo para la necesaria creación de otras nuevas, públicas o privadas, dando respuesta a la demanda creciente de estudiantes por estos estudios.

El farmacéutico ha sido, y sigue siendo, el especialista en el ámbito del medicamento. Un sanitario con una función social incuestionable que ha sabido adaptarse al ritmo y necesidades propias de los diferentes momentos y épocas, dando respuesta profesional a las necesidades de la sociedad, a la que se debe.

Sin menoscabo de lo dicho en el aserto precedente, el ingreso de España en la Comunidad Europea exigió un esfuerzo de adaptación legislativa, necesario para la homologación de nuestras titulaciones, que permitiese la libre circulación, derecho de establecimiento y ejercicio profesional en cualquier país de la Unión Europea, en igualdad de condiciones que cualquier otro titulado en Farmacia.

Las universidades, tanto las públicas como las privadas, ofertan planes de estudios con unas directrices comunes, recogidas en las Directivas 85/432/EEC, 85/584/EEC y 90/658/EEC, exigibles para la obtención de los diplomas y títulos de licenciado/a o graduado/a en Farmacia.

La universidad, «ayuntamiento de maestros y escolares», que dijo nuestro Rey Sabio; docentes y discentes empeñados en una tarea común. La actividad docente es, al menos en mi caso, una apasionante labor en la que la vocación y el esfuerzo continuado son elementos esenciales, no sólo para transmitir a los discentes conocimientos, también para formarles, motivarles y desarrollar en ellos aptitudes y capacidades destinadas al ejercicio de una actividad profesional; y aunque la transmisión de conocimientos ha de ser generosa, llena de abnegación y renuncia, el docente ha de huir de ese ego, de su sólo lucimiento personal, en beneficio del aprendizaje real del estudiante, lo cual no siempre se consigue; su falta genera, en no pocas ocasiones, un sentimiento de incompetencia o falta de eficacia, al comprobar que tras tantos esfuerzos los resultados obtenidos no son acordes a los perseguidos y deseados.

Sin duda es necesario romper, o modificar, estructuras obsoletas y caminar en la dirección marcada; a nuevos tiempos, nuevas respuestas; nunca ha de buscarse una justificación en la que los únicos responsables del fracaso, o ausencia de un éxito total, sean los estudiantes, si ellos no aprenden, no superan las pruebas y se desaniman, ¿algo tendrá que asumir el profesor?

A lo largo de mi, ya muy dilatada, carrera docente he manifestado que no es mejor profesor el que más suspende sino aquel que más aprueba, pero no como rasgo de generosidad, ni por dejación de sus funciones, sino porque ha logrado motivar la inquietud intelectual de los alumnos, aumentar su curiosidad y conseguir que aprendan.

La enseñanza ha de ser una corriente bidireccional de conocimientos, en la que los estudiantes nos enseñan, entre otras cosas, por su juventud, y nosotros a ellos por nuestra experiencia; como ya advertía Santiago Ramón y Cajal:

«Los que profesamos el oficio del magisterio tenemos la obligación inexcusable de oír a los jóvenes, a fin de discernir el talento positivo de la huera palabrería y de trabajar para crear al mérito naciente el ambiente de comprensión y respeto a que tiene derecho»²⁷.

Ahora bien para ello es necesario disponer de los elementos mínimos necesarios para la impartición de la deseada enseñanza de calidad.

Actualmente son dieciocho los Centros universitarios españoles, entre públicos y privados, donde pueden cursarse estudios de Farmacia; cinco en la Comunidad de Madrid: Complutense, Alcalá de Henares, CEU-San Pablo, Europea y Alfonso X el Sabio; tres en la Comunidad de Valencia: Valencia, Elche y CEU-Valencia; dos en Andalucía: Granada y Sevilla; y los de Barcelona, Tenerife, Navarra, Salamanca, Santiago de Compostela, Vitoria, Murcia y Jaca. En cualquiera de ellos pueden seguirse los estudios conducentes a la obtención de un título oficial, licenciado/a en Farmacia o graduado/a en Farmacia, válido en todo el territorio nacional, que avala los conocimientos adquiridos, y es exigible para la actividad profesional farmacéutica en muchas de sus modalidades.

Los tiempos actuales demandan otra manera de hacer. La globalización, la ausencia cada vez mayor de valladares físicos, la revolución que definiría a este siglo, al que podríamos denominar «del conocimiento», en la que el empleo de Internet, junto a otros adelantos tecnológicos, nos permiten disponer de unas herramientas valiosísimas de trabajo, pero que exige un nuevo modelo de formación, de docentes y discentes, basado en la enseñanza-aprendizaje, conlleva una reestructuración de los planes de estudios.

La nueva sociedad del conocimiento, la libre circulación de mercancías, capitales, bienes y personas en la Unión Europea, la internalización de los mercados, demandan personas con aptitud, actitud y capacidad para enfrentarse a estos nuevos retos, y la universidad debe dar una adecuada respuesta a lo que la sociedad espera de ella.

Se hace necesario formar a farmacéuticos capacitados para nuevas responsabilidades: la atención farmacéutica, el uso racional del medicamento y la farmacovigilancia son elementos esenciales para la protección de la salud, en la que las medidas preventivas habrán de potenciarse. Esta formación no debe ser ajena a la necesidad de una buena política sanitaria que fomente, además, la formación continua, la investigación en programas de I+D y, lo que es mucho más importante, perseguir objetivos que conlleven a la innovación sin la cual los resultados serían estériles²⁸.

El alto nivel de conocimientos, junto a un buen aprendizaje, redundará en beneficio de consumidores y usuarios; de aquí que nuestros farmacéuticos han de estar preparados profesionalmente y habilitados para ser responsables de una tarea en común, dispuestos a integrarse en equipos multidisciplinares de salud, en los que el respeto a los principios éticos sean faro de sus actuaciones.

Los nuevos planes de estudio, en consecuencia, tienen que integrar conocimientos multidisciplinares en los que, tanto las ciencias básicas como las aplicadas, las de la salud, las humanidades, las económico-sociales y las medio-ambientales, entre otras, faculten al estudiante para el desarrollo del ejercicio profesional farmacéutico en el ámbito competencial integrador de los equipos de salud.

Para abordar este proyecto se requiere un liderazgo fuerte y un compromiso institucional claro. En este caso, las Facultades de Farmacia deberán ser totalmente conscientes de su responsabilidad social, pero también ser humildes y tener lazos de comunicación efectivos con los profesionales y con sus líderes, ofreciendo el necesario asesoramiento científico a las comisiones, grupos de trabajo o de especialización en los más diferentes campos.

La convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) conllevó la elaboración de nuevos planes de estudio, quedando estructuradas las enseñanzas universitarias oficiales, conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial con validez en todo el territorio nacional, en tres ciclos denominados respectivamente: grado, máster y doctorado²⁹.

Las enseñanzas de grado, iniciadas ya en la mayoría de las universidades españolas, tienen como finalidad «la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional».

La finalidad de las enseñanzas de máster es «la adquisición de conocimientos por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializa-

do o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación en tareas investigadoras».

Las enseñanzas de doctorado tienen como finalidad «la formación avanzada del estudiante en las técnicas de investigación», enseñanzas que pueden incorporar cursos, seminarios u otras actividades orientadas a la formación investigadora, incluyendo la elaboración y presentación de la correspondiente tesis doctoral, cuyo trabajo de investigación ha de ser original; superadas todas estas enseñanzas se alcanzará, como hasta ahora, el máximo grado académico y el título de doctor, que lo será por la Universidad que expida el mismo.

Tal vez todo cambia para que todo siga igual, al menos en algunas de las antedichas enseñanzas, pero así lo dispone la normativa vigente, aunque como la legislación es materia viva, y por lo tanto cambiante, la duración de esta nueva estructura va a ser, a mi juicio, excesivamente corta. Tal vez en las mentes de los más avezados se estén pergeñando nuevas disposiciones que deroguen, o modifiquen, las actualmente vigentes, ¿mejores?, ¿peores?, el tiempo ayudará a que podamos dar una respuesta, subjetiva tal vez, pero respuesta.

Lo que, a nuestro juicio, no es viable son, al menos en la Universidad Complutense, los actuales estudios de grado; no por los loables fines perseguidos, sino por la inexistente adecuación de fines a medios. Con los medios de los que actualmente disponemos, los aventuro como algo pasajero, aunque tal vez, como dijo el filósofo griego, «solo lo fugitivo permanece y dura».

La formación de posgrado es tan necesaria como elegible cualquiera que sea el camino a seguir por el farmacéutico, además de lo antedicho, hoy día no debe concebirse el ejercicio profesional, en cualesquiera de sus diferentes modalidades, sin una constante formación continuada para actualizar o adquirir conocimientos y destrezas, acordes a los avances científicos o tecnológicos de cada momento.

Por ello la elevada oferta de cursos multidisciplinarios: másteres, cuyo diseño habrá de realizarse según lo dispuesto en el artículo 15 del Real Decreto 1393/2007, diplomas, expertos, certificados o de cualquier otra índole, responde a la creciente demanda socio-laboral.

Colegios profesionales, universidades, fundaciones, institutos y otras entidades ofertan periódicamente una amplia y multidisciplinar programación, en función básicamente de las necesidades exigibles por el mercado laboral y la actividad profesional. El acceso está condicionado a los requisitos de cada convocatoria y, por supuesto, a la aptitud, actitud y capacidad de cada persona.

Farmacia y mujer

*«La tierra estaba seca.
No había ríos ni fuentes
y brotó de tus ojos
el agua, toda el agua».*
Luis Alberto de Cuenca.

A lo largo de muchas centurias la mujer ha sido confinada al desempeño de tareas domésticas, al tiempo que sometida a la voluntad del varón.

Los filósofos griegos, Sócrates y Platón, reconocen que el saber del hombre y la mujer son diferentes, al igual que sus cualidades, aunque para el primero el valor y la equidad son iguales en ambos. Sófocles versifica así para atribuir a la mujer la virtud del silencio: «Un modesto silencio hace honor a la mujer»³⁰.

Aristóteles, por su parte, afirma que la mujer tiene voluntad pero está sometida a la del varón y, al contrario que para Sócrates, tampoco son iguales, en hombre y mujer, el valor y la equidad: «La fuerza del uno estriba en el mando, la de la otra en la sumisión...»³¹.

Los Libros Sagrados hablan de la inferioridad de la mujer respecto al hombre: la mujer es impura; y para San Agustín³², y otros teólogos cristianos, la mujer es un animal imperfecto que alcanza la perfección en la resurrección universal.

El ilustrado padre Benito Jerónimo Feijoo, deseoso de deshacer los engaños, arroja, respecto a la inferioridad de la mujer, una lanza en su favor y dedica todo un «discurso», el «discurso XVI» de su *Teatro crítico universal*, a tratar de la mujer, con la finalidad de: «desengañar el error común respecto a la inferioridad femenina»³³.

Feijoo era monje benedictino, casi obligado era en él justificar a los escritores sagrados, y lo hace con palabras convincentes en el siglo XVIII, impropias para hoy, afirmando que las críticas sólo van dirigidas a las mujeres perversas:

«Las declamaciones que contra las mujeres se leen en algunos Escritores sagrados, se deben entender dirigidas a las perversas, que no

es dudable las hay. Y aun cuando miraran en común al sexo, nada se prueba de ahí porque declaman los Médicos de las almas contra las mujeres, como los Médicos de los cuerpos contra las frutas, que siendo en sí buenas, útiles y hermosas, el abuso las hace nocivas. Fuera de que no se ignora la extensión que admite la Oratoria en ponderar el riesgo, cuando es su intento desviar el daño»³⁴.

Sin embargo, excepto valientes individualidades, a la mujer le estuvieron vetados estudios y actividades científicas a las que sí podía acceder el varón, lo que impidió el interés de muchas mujeres por las Ciencias, ya que en no pocos casos, al no estar institucionalizadas estas disciplinas, tenían libertad para dedicarse a ellas³⁵. Pero al tiempo que una actividad se estructuraba, se establecían unos planes de estudio y se convertía en profesión, la imposibilidad legal de la mujer de acceder al conocimiento reglado, las excluía automáticamente del ejercicio profesional, limitando las posibilidades de su actividad laboral a áreas excluidas de los estudios universitarios³⁶.

A la mujer, en España, no se le permitió acceder a los estudios universitarios hasta la decimonovena centuria. El caso de doña María Isidra Quintina de Guzmán y de la Cerda, «doctora de Alcalá», cuyo examen de graduación se celebró en la Universidad alcalaína el día 5 de junio de 1785³⁷, hemos de relegarlo a la categoría de anécdota.

Si bien el Rey Sabio, Alfonso X, había promulgado en el siglo XIII un conjunto de normas para promover la libertad femenina, el acceso de la mujer a los estudios universitarios les estaba vetado por diferentes cortapisas. Argumentos tan peregrinos, resultado del estudio de disciplinas cuales la fisiología o la psicología, motivaban —o eran esgrimidos— por autores poco proclives a la presencia de la mujer en las aulas, difundiendo artículos nada favorables a la igualdad. Artículos como el publicado en la revista *El Siglo Médico*, por Celestino Prieto Rojo, avivaban la polémica al afirmar que:

«El peso específico de la sustancia gris es mayor en el hombre, el cerebro de la mujer está constituido para producir sensaciones más bien que pensamiento, circunstancia que le impide ejercer profesiones para las cuales es necesaria la fuerza intelectual»³⁸.

Duras críticas hacia la mujer, a la que se le ponen todo tipo de aduanas para el acceso a cualquier profesión para la cual sea necesario el intelecto; veleidad que Concepción Arenal denuncia con dureza al manifestar que:

«Ni el estudio de la fisiología del cerebro ni la observación de lo que pasa, autorizan para afirmar resueltamente que la inferioridad de la mujer sea orgánica, porque no existe donde los dos sexos están sin educar, ni empieza en las clases educadas, sino donde empieza la diferencia de educación»³⁹.

A los detractores no les parecían los antedichos argumentos suficientes y esgrimieron otros, algunos tan absurdos y retorcidos como los basados en la «ley de conservación de la energía», según la cual conforme se fuese dedicando más energía al desarrollo de la mente, se desperdiciaría para las funciones reproductivas; o lo que es lo mismo, al crecer el cerebro se reducirían los ovarios.

Ninguna de estas u otras opiniones lograron impedir a la mujer el acceso a una formación igual que la de los varones, aunque algunos, como Plácido de Jove, vizconde de Campo Grande, pretendían que ésta fuera impartida en centros docentes diferentes o, como mucho, en aulas separadas por sexos, y si esto no fuera posible podrían asistir a clase de los varones para oír al profesor pero sin ser vistas por aquéllos⁴⁰.

Ahora bien, a pesar de que algunas mujeres cursaron estudios y se introdujeron en las universidades españolas, no será hasta finales del siglo XIX cuando se gradúan las primeras mujeres universitarias españolas; si bien este hecho no surtió legalmente efecto hasta 1910, fecha en la que el entonces Ministro de Instrucción Pública, Julio Burrel, otorga la oficialidad de los títulos universitarios a las mujeres españolas y reconoce la oficialidad del título emitido; y aun así lo legal y lo real seguían caminos poco coincidentes, más bien divergentes⁴¹.

La mujer, en términos de igualdad, había —y seguía estando— discriminada para muchas cosas; no tenía derecho al voto, por ejemplo, al igual que al acceso a unos estudios que, reiteramos, legalmente le estaban permitidos. Causas, básicamente, de índole sociocultural impedían el ejercicio de ese derecho; como afirmaba Salvador de Madariaga, en el prólogo de *Mujeres Españolas*, al analizar las disposiciones del rey Alfonso X:

«Nuestras mujeres en la Universidad eran iguales a los hombres ante la ley, pero no ante el hecho y las costumbres y el nudo de circunstancias de familia, costo y otras consideraciones que les cerraban el acceso efectivo a la vida académica»⁴².

En este sentido, José Ortega y Gasset arroja luz a la dualidad derecho-costumbre al considerar que:

«El derecho, la realidad “derecho” —no las ideas de él del filósofo, jurista y demagogo—, es, si se me tolera la expresión barroca, secreción espontánea de la sociedad, y no puede ser otra cosa. Querer que el derecho rija las relaciones entre seres que previamente no viven en efectiva sociedad, me parece —perdónenme la insolencia— tener una idea bastante confusa y ridícula de lo que el derecho es»⁴³.

La opinión de Cajal, en el primer cuarto del siglo XX, es, si valoramos textualmente lo dicho por él, bastante elocuente respecto al pensamiento de muchos intelectuales de su época respecto a la mujer:

«La mujer intelectual, es decir, la joven adornada con carrera científica o literaria o que, llevada de vocación irresistible al estudio, ha logrado instrucción general bastante sólida y variada, constituye especie muy rara en España. Hay pues que renunciar a tan grata compañía»⁴⁴.

Evoco lo antedicho como recuerdo del pasado con esperanza de un presente, y anhelado futuro mejor. Aunque queda mucho por recorrer, por ello no hemos de olvidar a pioneras a las que debemos buena parte de lo conseguido, mujeres cuales Concepción Arenal, María de Maeztu, Rosa de Luxemburgo, Clara Campoamor o Emilia Pardo Bazán, primera catedrática española en 1916, entre otras; ejemplos de mujeres pertinaces y luchadoras por conseguir la igualdad en diferente ámbitos, comenzando por el acceso al conocimiento.

La Farmacia no fue ajena a esta situación, aunque el panorama y relación de la mujer y el varón es, al menos, diferente al de las otras profesiones.

La mitología griega nos enseña que el dios de la Medicina, Asclepio, al que los latinos llamaron Esculapio, tuvo dos hijas: Hygea, diosa de la salud, a la que se representa como una bella mujer portando en sus manos una copa en la que se enrolla un áspid, y Panacea, el «remedio contra todos los males»⁴⁵. Y es que nadie cuestiona que la mujer ha sido la que en los albores de la ciencia recolectó las plantas de su entorno, elaboró fármacos y los aplicó a sus congéneres; conocimientos empíricos basados en la observación, ¡vida es experiencia!, que nos enseñaba el profesor Folch, y quizá ésta sea la base en la que el gran historiador alemán Hermann Schelenz asienta su aserto de que la mujer ha sido la cuna de la Farmacia⁴⁶.

La mujer no estaba en la farmacia, pero no es menos cierto que a lo largo de siglos, en los que no podía acceder a esta profesión, le fueron reconocidos sus derechos como «viudas de boticarios»; lógico, pues, ¡viudos de algo inexis-

tente, no había! A las viudas de boticarios se les permitía seguir con la botica de su difunto esposo abierta al público; eso sí, con un boticario aprobado por el Real Tribunal del Protomedicato; incluso en la Corte se les permitía seguir colaborando con la Congregación de Nuestra Señora de la Purificación y del Glorioso Evangelista San Lucas; tal vez porque, en muchos casos, era ella la que había aportado al matrimonio, como dote, la botica; al quedar viuda era frecuente que contrajera nuevas nupcias con otro boticario al que le facilitaba el ejercicio profesional en la botica que ella aportaba, pues era de su propiedad⁴⁷.

Sin menoscabo de lo antedicho, a la mujer no se le permitió acceder a los estudios de Farmacia hasta el último cuarto del siglo XIX, lo que motivó un chorro de duras, injustas y frívolas críticas por parte de los farmacéuticos, a los que los médicos aconsejaban resignación, en estos términos:

«Resígnense como nos vamos resignando los médicos, y comprendan que los mismos vientos que trajeron los específicos y los anuncios, nos traen esta mezcla o promiscuidad de sexos y nos traerán, sabe Dios cuántas plagas...».

Lo de la resignación de los médicos podía comprenderse, no justificarse, puesto que las primeras licenciadas en Medicina tuvieron que sortear todo tipo de obstáculos y aguantar profecías que anunciaban que la convivencia de hombres y mujeres en las aulas sería insostenible, por motivos ajenos a los estudios y más próximos a un altercado de orden público derivado de la no aceptación, por parte del varón, de semejante atropello. El paso del tiempo, como casi siempre, permitió no sólo demostrar que la convivencia era factible, sino que el recibimiento de la primera mujer que acudió a clase en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, doña Elena Masseras, corriendo el año de 1876, no sólo no fue desacertado, sino que provocó una salva de aplausos y, como posteriormente se dijo, su presencia incrementó la asistencia a la clase del profesor Carbó, que fue el que se atrevió a tal acción.

Sería injusto no aplaudir alguna voz, sensata, en defensa de la incorporación al mundo universitario de las futuras farmacéuticas, cual la del farmacéutico Pascual Domingo Jimeno, miembro de la Academia Nacional de Farmacia que, con mente abierta, publica en el *Monitor de la Farmacia y la Terapéutica*, quizá la mejor revista profesional de su época, este texto:

«La aparición de la mujer como elemento activo en la esfera social, no ha sido notada hasta hace unos pocos años: hoy se ha revelado con suficiente intelectualidad para ocupar puestos que sólo al hombre

se creía reservados, y esa intelectualidad femenina se ha desbordado llenando aulas y laboratorios. Nuestra profesión, profesión farmacéutica, muy aparente en su parte práctica a los afanes domésticos de la mujer, es donde ésta ha encontrado el mayor campo para sus actividades y hoy vemos con verdadera alarma el crecido número de señoritas que salen de la Facultad con el título de Farmacéuticas (...). La mujer farmacéutica española ocupa un destacado puesto en la esfera intelectual; díganlo los trabajos de investigación publicados en la prensa profesional y los premios obtenidos en concursos y oposiciones. Su labor es ordenada, detenida, minuciosa, adornada del más nimio detalle, realizada por mano femenina que borda filigrana; este método altamente detallista es tal vez lo que a nosotros, los hombres, llegue algún día a preocuparnos. Bienvenida sea la compañera farmacéutica y sea ella la amante colaboradora que con su ciencia preste días de gloria a nuestra noble profesión sanitaria».

No es menos cierto que estas alabanzas eran minoritarias. La labor de una farmacéutica se despreciaba con argumentos tan banales como que no debía estar tras el mostrador de una farmacia; se argumentaban tesis tan absurdas, pero reales, como que severos censores impedirían que la mujer estuviese al frente de una botica, tuviese o no conocimientos, porque los consumidores no le solicitarían a ella los fármacos:

«No se pueden pedir ciertos remedios, sin confesar ciertas enfermedades que se declararían voluntariamente a su médico, pero de las cuales no se puede hacer confidente a una dama sin exponerla a sonrojarse...».

Lejos de amedrentarse, las mujeres pioneras en nuestra profesión, con valentía, tesón y gran esfuerzo, entregaron lo mejor de cada día, trabajando para que se les permitiese acceder a unos estudios universitarios, los de licenciado en Farmacia, y una vez superados éstos poder ejercer su profesión; y ello viendo cómo, a largo del siglo XX⁴⁸, se las utilizaba en la publicidad farmacéutica sin empacho alguno porque, como afirma Javier Puerto Sarmiento, la mujer era un reclamo publicitario por su capacidad de seducir⁴⁹.

La primera mujer graduada en Farmacia fue la estadounidense Mary C. Putman; cursó los estudios en el New York College, no llegó a ejercer su profesión. Treinta años más tarde se gradúa en Madrid, la alicantina, Dolores Martínez y Rodríguez, considerada la primera farmacéutica española; el argumento que hubo de esgrimir, para poder asistir a clase con sus compañeros,

fue su orfandad y por ello la falta de recursos económicos para acceder a la enseñanza privada. Finalizados sus estudios, para poder ejercer en su tierra natal, el Ministerio de Fomento, en 1900, hubo de certificar su capacitación para el ejercicio profesional farmacéutico. A la licenciada Martínez y Rodríguez siguieron María Blanca Obdulía Lucía Ortiz y Felicia Carreño Sardinás, procedente ésta de Matanzas, isla de Cuba; fue la única mujer de su promoción, la del curso 1895-1899; asistía a clases, en la Facultad de Farmacia de la calle de San Juan, hoy de la Farmacia, sede actual de nuestra Real Academia, custodiada por sendos caballeros que la llevaban hasta el correspondiente profesor y éste, a su vez, la acompañaba al siguiente. La orla de la promoción de doña Felicia se conserva en el Museo de la Farmacia Hispana (UCM).

A estas farmacéuticas siguieron otras, si bien hasta 1919 tan sólo hubo en España catorce licenciadas en Farmacia entre las que destaca la figura de Elvira Moragas Cantarero; graduada en 1905 ejerció, hasta el fallecimiento de su padre en 1909, en la farmacia que éste tenía en la madrileña calle de San Bernardino; tras el óbito hubieron de nombrar un farmacéutico regente, volviendo Elvira, al fallecer su madre, a ocuparse de la farmacia hasta que su hermano menor, Ricardo, hubo finalizada la carrera. Poco después, en 1915, Elvira ingresa en el Carmelo de Santa Ana y San José de Madrid, allí desempeñó los cargos de enfermera, tornera, maestra de novicias y priora de la comunidad, cargo que desempeñaba cuando, un 14 de agosto de 1936, fue vilmente asesinada. María del Sagrario de San Luis Gonzaga ha sido beatificada por el Papa Juan Pablo II, el día 10 de mayo de 1998⁵⁰.

La primera doctora en Farmacia, en España, fue Zoe Rosinach y Pedrol, defendió, en 1920, su tesis sobre *Bacilos diftéricos y pseudo diftéricos*; ejerció su profesión en la farmacia de su propiedad de Albalate del Arzobispo, en la provincia de Teruel y, posteriormente, en Zaragoza, lo que no le impidió alcanzar el máximo grado académico⁵¹.

La investigación en España se vio favorecida por la creación, en 1907, de la Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas (JAE), responsable de la política científica hasta la Guerra Civil. La JAE posibilitó la salida de nuestro país a un buen número de mujeres, mediante la concesión de ayudas o becas para la realización de diferentes estudios en prestigiosos centros europeos y americanos, fomentó la participación femenina en actividades científicas, y logró que, en la Residencia de Estudiantes, las mujeres dispusiesen de una residencia propia: en 1915 se crea la Residencia de Señoritas, de la cual María de Maeztu fue su primera directora. A instancia suya, la Residencia de Señoritas fue equipada, en 1920, con un laboratorio de Química en el que pu-

dieran desarrollar sus actividades prácticas las universitarias españolas, viviesen o no en la Residencia. Para su «puesta en marcha» fue llamada la americana Mary Louis Foster, doctora en Química por la Universidad de Chicago y profesora del Smith College; Foster desempeñó el cargo de directora del Centro durante dos años, siendo sustituida por otra americana, Vera Holding, quien, en 1923, nombró a Rosa Herrera, licenciada en Farmacia y en Ciencias, como auxiliar suya, pasando de este modo a convertirse en la primera española que estuvo al frente del laboratorio de Química. Enrique Raurich le sucederá hasta 1932, en que es relevado en el cargo por Carmen Gómez Escolar, doctora en Farmacia, investigadora de la sección de Química orgánica del Instituto Nacional de Química y Física, discípula del gran maestro Antonio Madinaveitia; ella dirigió el Laboratorio hasta su cierre, en 1935. De los precedentes asertos se desprende que el Laboratorio de la Residencia de Señoritas estuvo, la mayor parte de su tiempo, dirigido por farmacéuticas.

En Francia la situación no fue demasiado diferente a la nuestra⁵². Las dos primeras mujeres que se graduaron en L'École de París fueron una rusa y otra rumana, lo hicieron en el curso 1896-1897, con brillantez, «à la suite des épreuves les plus brillantes»⁵³. En Montpellier, por citar otra Escuela, Mme. Doumergue obtuvo el título de farmacéutica en 1874; cinco años más tarde, en Toulouse, lo logrará Mme. Gaillard, hija de un boticario, la primera en graduarse por esa Universidad⁵⁴.

Y esta es la realidad; nuestra valentía, tesón y aptitudes nos han hecho merecedoras de ocupar, en igualdad de condiciones legales y reales con nuestros compañeros, el lugar profesional y social que nos corresponde.

En la actualidad, en las Facultades de Farmacia españolas, son más el número de alumnas que el de alumnos, al igual que el profesorado, mayoritariamente femenino; lo cual, para mí, no significa ni superioridad, ni discriminación positiva, ni cuotas —que no comparto—. Valoro únicamente una realidad posible por la igualdad de acceso e igualdad de oportunidades, y a partir de ahí igualdad de derechos, igualdad de deberes, de mérito y de capacidad —y no otros— como principios rectores. Ello no excluye mi deseo de una mayor presencia de farmacéuticas en puestos directivos, como la de otros profesionales; sirva de ejemplo que en la Universidad Complutense todavía no ha habido ninguna mujer que desempeñase el cargo de Rectora, no entro a valorar las causas, sólo doy fe de un hecho.

II. EL MEDICAMENTO

*«Lo que ruego a vuestra merced
es que se cure, que le va mucha sangre
de esa oreja, que aquí traigo hilas y un
poco de unguento blanco».*

Miguel de Cervantes

No es baladí afirmar que, desde que los seres humanos hollaron el planeta Tierra, han estado aquejados de enfermedades que dificultaron su vida e incluso fueron agentes causales de su desaparición. No es extraño, pues, que la lucha por conseguir su erradicación sea denominador común de las distintas culturas y civilizaciones.

En las culturas arcaicas, extintas o pervivientes, la farmacia simbólica empleaba como remedios curativos, e incluso preventivos, un gran número de productos procedentes de los reinos vegetal, mineral o animal. De este último se utilizaron, como amuletos, fetiches o talismanes, diferentes partes: uñas, pelos, sangre, dientes y grasas, a los que se les atribuía su virtud curativa, más que por las propiedades derivadas de su naturaleza, por ser intermediarios entre las distintas agentes mórbidos y los seres humanos, a los que habían poseído o castigado con la enfermedad.

La terapéutica simbólica relaciona los seres humanos con su entorno, todo influye, nada es desdeñable, y las buenas relaciones entre todos los seres vivos presiden aquélla. No obstante, cuando con Hipócrates se inicia lo que denominamos «medicina técnica», se da la circunstancia que muchos de los productos utilizados en la farmacia simbólica siguen siendo empleados con idéntica finalidad terapéutica, como pondremos de manifiesto al escribir de medicamentos mágicos.

En cualquier caso, las respuestas dadas por las distintas culturas han estado en función de los diferentes conceptos de salud y enfermedad de los que derivará la terapéutica empleada. De la enfermedad como castigo divino, a la derivada del desequilibrio humoral o de la disfunción bioquímica, el uso de fármacos ha sido evidente.

Para Galeno, iniciador de la farmacología racional, la enfermedad, y así lo entiende el profesor Laín Entralgo, es una «disposición preternatural del cuerpo por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales»⁵⁵, del cual deriva el concepto galénico de medicamento, tomado de la terapéutica médica hipocrática, como «sustancias que, al contrario que los alimentos, producen alteraciones en el organismo»⁵⁶, es decir, alteran la *physis* de la persona. Toda la farmacología galénica gira en torno a este concepto, por ello, para Galeno, los verdaderos medicamentos eran los procedentes del reino vegetal, porque los del reino animal se asemejaban más a los alimentos y los del reino mineral, por vía interna, eran considerados venenos. El galenismo, perviviente durante tantos siglos, siguió manejando estos conceptos como válidos; las ideas del renacentista Paracelso, abogando por la utilización de la terapéutica metálica por vía interna, no fueron asimiladas con la necesaria prontitud, y de este modo el medicamento de uso humano ha evolucionado al igual que el concepto del mismo cuya definición actual es:

«Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico»⁵⁷.

Y el medicamento no es un objeto de consumo, cúmplenos hacer hincapié sobre su uso racional entendido, según la OMS, como:

«Uso conforme al cual los pacientes reciben la medicación apropiada para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajustan a sus requerimientos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste para ellos y para la comunidad».

En el pasado siglo XX tuvieron lugar importantes descubrimientos de nuevos medicamentos. Nuevos recursos fármaco-biológicos como las hormonas, las sulfamidas o los antibióticos y los tranquilizantes. En este siglo XXI la biotecnología ha de ser considerada como la base de la investigación, y

posterior desarrollo, de medicamentos innovadores. La terapia génica, el empleo de células madres, los anticuerpos monoclonales, pueden ser un paso de gigante en la búsqueda de necesarios fármacos.

La terapia génica aporta nuevas esperanzas a la curación de diferentes patologías y, sin duda, en un futuro próximo, el medicamento se elaborará para cada paciente, en función de su patología, tras el estudio de su «mapa genético»; el conocimiento del genoma podrá permitir al médico diagnosticar, y al farmacéutico elaborar y dispensar, el fármaco preciso en cada caso. El principio Hipocrático «No hay enfermedades sino enfermos», prevalece a lo largo de tantos y tantos siglos.

Sin duda, en este siglo XXI, el derecho a la protección de la salud, recogido en todos los tratados internacionales y en nuestra vigente Constitución española de 1978, exige a los Gobiernos adoptar medidas para que ningún medicamento de fabricación industrial esté en el mercado sin la correspondiente autorización de comercialización, y consecuente inscripción en el registro, tras la evaluación de la exigible seguridad, eficacia y calidad por la Agencia del medicamento correspondiente.

Medicamentos mágicos de ayer

*«Todo esto fuera bien excusado
—respondió D. Quijote— si a mi se me
acordara de hacer una redoma de
bálsamo de Fierabrás, que con una
sola gota se ahorran tiempo
y medicinas».*
Miguel de Cervantes

El ejemplo de medicamentos ineficaces, pero considerados en su tiempo como imprescindibles para curar casi todas las dolencias, lo constituyen los medicamentos mágicos, cuyo empleo a lo largo de muchos siglos ha sido tan demandado como habitual.

De todos los medicamentos mágicos el más afamado fue el «Bálsamo de Fierabrás», inexistente preparado atribuido a la espléndida creación literaria de ese gran genio de la literatura, don Miguel de Cervantes, que le gustó el personaje de Fierabrás, el de los feroces brazos, hijo del almirante sarraceno Balán, protagonista de un manuscrito medieval, la *Chanson de Fierabrás*, traducido durante el barroco al castellano por el desconocido Nicolás de Piomonte; tal vez ésta, que tituló *Historia del Emperador Carlo Magno*, fue la obra que inspiró a Cervantes⁵⁸.

Era obra atractiva y propia del quijotismo cervantino; el sarraceno conquistador con sus tropas de la emblemática ciudad de Jerusalén, se encuentra allí con dos barricadas en las que se conservaba el bálsamo que había sido utilizado para la unción del exánime cuerpo de Jesucristo ¡ahí es nada! ¡Qué magnífica reliquia!, sus propiedades terapéuticas casi inigualables, el «Bálsamo de Fierabrás», indiscutible panacea, había sido utilizado para el hijo de Dios, por lo que su acción terapéutica era incuestionable.

Que Cervantes utilice esa enigmática historia para construir su bello texto es sólo posible en un escritor de su ingenio y singularidad.

Reliquias para curar, ¡tantas y tantas veces utilizadas! que tal vez por el convencimiento de sus virtudes o por el posible efecto placebo podrían justificar su prescripción.

Les presentaré otros dos ejemplos de medicamentos mágicos, en este caso no literarios sino reales: la enjundia humana y la triaca magna.

La enjundia humana

La «grasa humana», «unto de hombre» o «enjundia humana» constituye el primer objeto de nuestro estudio. ¿Qué se entendía por tal concepto? ¿Cómo se extraía? ¿Para qué era utilizada? ¿Fue, tal vez, un «fármaco milagro»? ¿Se le atribuían idénticas propiedades curativas que a las restantes grasas de animales no racionales? ¿Tuvo en realidad alguna actividad terapéutica? Todas estas preguntas nos las hemos formulado para satisfacer nuestra curiosidad intelectual.

En la traducción que Andrés Laguna hace de la obra de Dioscórides, se dedica el capítulo LXVIII a «la grasa»⁵⁹; allí se recogen diferentes aspectos de otras tantas grasas de animales de las cuales describe las condiciones exigibles, modo de extraerlas, conservarlas, prepararlas y utilizarlas, así como sus virtudes curativas, es decir su *dynamis*. Muestra de ello es que, al referirse a las grasas de pato o gallina, afirma que sólo son útiles a la madre indispueta las conservadas sin sal; de las de oso o cerdo indica que es necesario extraerlas de la que está «cerca de los riñones», y usarla fresca tras una preparación que exige su lavado en agua llovediza y fría, sobarla y trabajarla, indicando su utilidad: «Para las medicinas que se hacen contra el cansancio»⁶⁰; describe, además, las grasas de otros animales cuales la víbora, el becerro, la oveja, el cabrón, los peces de río, el toro, el elefante, el ciervo, o el asno.

Laguna, en sus anotaciones, distingue entre los vocablos «sebo», «grasa» y «enjundia», si bien añade que: «hacen muy poco caso con tal que se entiendan las cosas...»; considera la grasa como «aquella humidísima y muy blanda gordura, que quasi nunca se yela: como es la del redaño, y la que se halla entre el cuero y la carne de cualquier animal...», le atribuye propiedades de calentar, humedecer y ablandar, siendo remedio eficaz contra los apostemas viejos, duros y encallecidos, destacando como más apreciada la de los machos que las de las hembras y castrados. No obstante, las propiedades son un tanto diferentes según la especie animal de la que se extraiga. Ganso, tejón, gallina, puerco, toro, cabrón, cabra, vaca y búfalo son algunos de los referidos y recoge: «Sacase al hombre alguna vez la grasa del vientre, y queda muy mas ligero...», lo que puede interpretarse como el empleo de esta grasa para fines medicinales, lo cual tampoco es sorprendente, pues de él se usaron diferentes partes de su cuerpo, tanto en la terapéutica simbólica como en la farmacia técnica⁶¹.

Es interesante que en la primera obra de farmacia escrita a instancia de los propios boticarios, la del médico Saladino de Ascoli, *Compendium Aromatariorum* (Bolonia, 1488) se recoja, en la parte que se ocupa de la conservación de las medicinas simples y compuestas, lo siguiente:

«Del butiro o manteca. Digo que la manteca mejor es de vacas y ha de ser sin sal, conservase por medio año y hasta un año a lo mas. Lo mesmo la enjundia de gallina ha de ser reciente no antigua porque pierde la complexión o virtud y hacerse rancia y pierde la templanza mas si se derrite mejor se conserva. La enjundia del anade y ansaro quanto mas antiguas tanto mejores. El enjundia de puerco mejor se conserva derretida, las enjundias de las cabras lo mesmo. Mas nota una maravillosa cosa según algunos que todas las gorduras de los animales si se esparzan con azucar pulverizado luengo tiempo se conservan. Digo que perfectamente se prodescen salvo si se majan con azúcar y juntamente en un vaso de vidrio se guardan»⁶².

Es decir, explícitamente reconoce las grasas de animales como un simple medicinal, haciendo suyo lo afirmado, entre otros —como hemos referido—, por Dioscórides.

Pero es más, Saladino de Ascoli, al señalar las cosas necesarias en cualquier botica incluye, junto a otras muchas, como las enjundias de puerco, gallina, ánsar, ánade, caballo, asno, oso, tarugo, cabrón, raposo, gato y buitre, las grasas de hombre, del que también recomienda su estiércol; lo cual pone de manifiesto que si recomienda la enjundia de hombre, como lo que actualmente entendemos —permítaseme la licencia intelectual— como «existencias mínimas» de la oficina de farmacia, es porque se usaba como medicamento.

Que en la primera obra de farmacia escrita para farmacéuticos aparezca la enjundia humana es suficiente para corroborar lo antedicho, sin menoscabo de que Saladino de Ascoli no incluye modo de preparación, aplicación ni virtudes curativas.

Las farmacopeas regionales renacentistas, las Concordias catalanas y de Zaragoza, no incluyen la grasa humana entre sus simples; en la primera edición de la zaragozana (Zaragoza, 1546) se indica, en su tarifa, los precios de las enjundias de león, lobo, oso, caballo, serpiente, zorro, ganso, pavo, pato, gallina, codorniz y cerdo, pero no figura la de hombre. Tampoco en las barrocas, a excepción de la *Officina Medicamentorum* (Valencia, 1601) que la incluye como «hominis pinguedo».

En las farmacopeas publicadas en el periodo ilustrado no aparece la enjundia o «unto de hombre», debiendo señalar que varía el número de especies animales incluidas según la farmacopea estudiada. En la primera obligatoria en todo el territorio nacional, la *Pharmacopoeia Matritensis* (Madrid, 1736),

figuran diferentes grasas y enjundias de animales entre los simples oficinales citados: cerdo, ganso, caballo, gallina, víbora, oso o capón, quedando reducidas a tan solo cuatro: gallina, ganso, puerco y víboras, en la edición en castellano publicada en 1823.

Sin embargo, sí figura la enjundia de hombre, «pinguedo hominis», en la obra de práctica farmacéutica más significativa, para los boticarios españoles de la decimoséptima centuria, la escrita por Félix Palacios, *Palestra farmacéutica chimico-galenica...* (Madrid, 1706)⁶³; en el capítulo VIII de dicha obra, «De los Animales, y sus partes Usuales en las Boticas», incluye, junto a la pezuña de la gran bestia, las víboras, el cuerno de ciervo y muchos otros simples medicinales procedentes de los seres humanos cuales: leche de mujer, huesos, estiércol, sangre, orina, cráneo, cálculos y enjundia de hombre⁶⁴. Mariano Pérez Mínguez, en su *Enciclopedia Farmacéutica* (Barcelona, 1888-1889), recoge el término «grasa humana» del que escribe: «contiene mucha margarina (...). Hoy no tiene aplicaciones», en la decimonovena centuria su uso era ya residual⁶⁵.

El *Diccionario de Farmacia del Colegio de Farmacéuticos de Madrid* (Madrid, 1865) recoge el término «adipocera» refiriéndole, entre otras acepciones dadas por Vauquelin, a la grasa de los cadáveres, añadiendo que «tiene este nombre alguna importancia científica, pero no se ha hecho aplicación de semejante cuerpo a la medicina»⁶⁶.

De lo antedicho se desprende que la enjundia humana era un simple medicinal, tal vez no necesariamente oficial, y que al no estar incluido en la mayoría de las farmacopeas, ¿no se usaba como medicamento, ni de ella estaban surtidos establecimientos? Creemos que nada más alejado de la realidad, y que la historia de los «sacamantecas» generó un buen número de obras literarias en las que ficción y realidad llegan a confundirse.

En mi Cacabelos natal, tan próximo en costumbres y tradiciones a la región gallega, a los niños se nos atemorizaba con ¡qué viene el lobo! y, con igual énfasis, ¡qué viene el sacamantecas! He de decir que las figuras de éstos me perseguían oníricamente, pues se argumentaba que los sacamantecas cogían a los niños y los mataban para sacarles de sus cuerpos precisamente eso, las mantecas. Por ello siempre me interesó este personaje, perfectamente retratado en un sinfín de obras de las que he escogido *Romasanta. Memoria incierta del hombre lobo*, porque me fascinó su lectura y me identificaba con las vivencias de su autor que, además, daba respuesta a las preguntas que, en mi infancia, tantas veces había formulado.

Según nos refiere Alfredo Conde, Manuel Blanco Romasanta fue un gallego que decía sentirse empujado por ancestrales instintos y emociones, las cuales le arrastraban a transformarse y actuar como un hombre lobo; cortejaba a sus víctimas, a las que embaucaba y posteriormente mataba, para extraer de sus cuerpos las mantecas, con cuyo comercio obtenía pingües beneficios. Juzgado en 1850, se le consideró un asesino, por lo que fue condenado a prisión, que cumplió en el penal de San Antón⁶⁷.

En el texto referido, el sacamantecas argumenta su dedicación porque huía de ser un gallego como los demás, que «vinieron al mundo para descanso de los animales», de aquí su inclinación «a diseccionar pájaros para disecarlos, hasta rebanar grasas humanas, a fin de que los portugueses hagan con ellas esos jabones por los que las mujeres entradas ya en años pagan cantidades que nadie les va a echar nunca en cara; o para que los boticarios preparen pócimas y ungüentos, pomadas y mixturas para consolar pesares que otros solucionan con ritos y liturgias que a tantos se les antojan profanas y sacrílegas»⁶⁸.

Esta narración hecha por Romasanta permite conocer el por qué de su comercio: el tráfico de grasa humana, al que se dedicaba con gran intensidad, dado que la grasa de hombre se utilizaba tanto para la fabricación de jabones, y demás afeites, como para la elaboración de distintas formas farmacéuticas.

En otra de sus confesiones relata cómo, empujado por un irrefrenable instinto animal, daba muerte a sus víctimas para extraerles el preciado producto:

«La maté allí mismo, ahogándola con mis manos, luego la desnudé y la poseí. Más tarde guardé sus ropas para venderlas posteriormente, como ya había hecho tantas veces y, después, con una cuchilla de zapatero, la que en mi tierra llamamos subela, desnudé su cuerpo de la tenue cobertura que lo envolvía, aquella piel tersa y blanca, lo despelejí, si se prefiere, y extraje la estremecida y aun palpitante y sebosa grasa que tanto valoran algunos portugueses, para completar sus ritos, y algunas portuguesas, para enjabonarse durante sus más intensas abluciones y facilitar a sus pieles unas delicadas tersuras que ningún otro tipo de jabón les proporciona. Por eso pagan tan generosa y gustosamente el fraguado con grasa humana...»⁶⁹

Relato real o literario describe cómo de un cuerpo humano se extraía la manteca, para venderla a comerciantes portugueses, que la transformarían en cosméticos de elevado precio.

Sabíamos que la grasa humana se utilizaba como medicamento y que en afamadas boticas se hallaba en sus anaqueles. El ilustre José Hortega, en su botica de la madrileña calle de la Montera, cuya rebotica albergó tertulias de tanta trascendencia para el devenir de la profesión farmacéutica, disponía, en 1761, de una libra de enjundia humana, que fue tasada en 160 reales de vellón, precio muy superior a igual cantidad de víboras, simple medicinal así mismo muy demandado, por el que se pagaron tan sólo 112 reales⁷⁰.

En una de las boticas más representativas, y mejor surtida, la Real Botica, también se adquiría enjundia humana para la elaboración de medicamentos destinados a ser administrados a los Reyes u otras personas de la Corte con derecho a botica. Sus majestades se desplazaban para descansar, o practicar sus deportes favoritos cual la caza, a los Reales Sitios, en diferentes épocas del año: la Granja de San Ildefonso, El Pardo, San Lorenzo o Aranjuez fueron algunos de los lugares elegidos; aunque en varios de estos sitios hubo botica, la Granja de San Ildefonso por ejemplo, el desplazamiento de la Real Familia exigía el acompañamiento de un determinado número de personas habitualmente pertenecientes a la plantilla de la Real Cámara, entre los que se incluían los Boticarios Reales.

Durante el reinado de Fernando VI y Bárbara de Braganza tenemos constancia del uso de enjundia humana junto a otros simples, cual la uña de la gran bestia o las piedras preciosas, que deberían estar ya en desuso en la práctica farmacéutica. En marzo de 1749, el Boticario Mayor, jefe de la Real Botica, pagó 90 reales de vellón por seis uñas de la gran bestia⁷¹.

De igual modo, grasas de diferentes animales se incluyen en las cuentas de gastos, presentadas por José Martínez Toledano, para su aprobación por el protomédico José Suñol. Facturas cual la de diez y seis libras y cuarterón de sebo de macho, por la que se pagaron 24 reales de vellón y 12 maravedíes; las presentadas por María de la Muela, en 1751, o Brígida López, en 1756, de haber surtido a la Real Botica de diferentes cantidades de enjundia de gallina⁷²; o las de los proveedores Bernardo Díaz, Antonio de Pardo Sanz, Juan Manuel Pérez, Pedro Zedrón, Faustino Pérez, Venancio Díaz, José Ramón Orrade o fray Diego Lozano, ratifican el aserto precedente⁷³.

Durante el reinado referido, el de Fernando VI, nos queda constancia de compras de grasa humana para la Real Botica en la relación de gastos presentada, en 1749, a la muerte del Boticario Mayor, por sus hijos: «Data 1.144 reales y 20 maravedíes que pague a Antonio y Tomás Montano por 76 onzas de unto de hombre a peso antiguo...»⁷⁴

Y aún años mas tarde, en 1757, en la memoria de gastos menores causados en la Real Botica de jornada en el Real Sitio de Aranjuez, entre el 20 de abril y el 18 de julio de 1757, que el entretenido José Enciso y Parrales presenta para su cobro al Boticario Mayor, José Martínez Toledano, figura «una poción de unto de hombre» por la que se pagaron 510 reales de vellón ⁷⁵.

Sin menoscabo de lo anterior, tal vez lo más novedoso, pues hasta ahora no habíamos conocido alguna otra, sea el hallazgo de una factura presentada por José Martínez en la que puede leerse:

«Recibí del Sr. D. José Martínez Toledano, Boticario mayor de S.M. ciento y cincuenta reales de vellón por una libra de ynjundia umana sacada del cuerpo de un aleman el que riñiendo con otro fue muerto prontamente en este Real Sitio de Aranjuez, a diez de junio de 1753...» ⁷⁶.

Está claro que a un soldado alemán, muerto en Aranjuez, se le extrajeron, al menos, una libra de su enjundia; pero no es menos cierto que la lectura de este recibí nos plantea incógnitas que no hemos sabido despejar: ¿quién extrajo la enjundia?, ¿a quién se adquiriría?, ¿a los sacramantecas?, ¿era José Martínez su proveedor, un «saca-untos», o tan sólo un intermediario? Lo que pone de manifiesto este original documento es que de los cadáveres humanos se extraía esa sustancia, que era demandada para ser utilizado en la práctica farmacéutica, como medicamento, con independencia de su certera —o nula— actividad terapéutica, más bien en el marco de la terapéutica simbólica que en el de la farmacia racional, pues de otra manera no se explica su empleo en el periodo ilustrado, pero que, presumiblemente por su escasez y elevado precio, era muy apetecido.

La triaca magna

La triaca magna o triaca de Andrómaco fue uno de los polifármacos más afamados, a juzgar por las «milagrosas virtudes terapéuticas que se le atribuían y, posiblemente, de los menos eficaces que se han conocido». Sin embargo, la creencia en su «poder curativo» exigía disponer de ella⁷⁷.

Las afamadas boticas no lo eran tanto si en sus existencias no se hallaba dicho fármaco. En los inventarios de diferentes boticas madrileñas, realizados a lo largo de la decimoséptima centuria, figuran entre los medicamentos compuestos tanto la triaca magna como otra triaca muy empleada, la triaca de esmeraldas⁷⁸.

El elevado coste y la dificultad de elaboración por sus muchos ingredientes, algunos exóticos y no fáciles de conseguir, facilitaban el engaño en su venta, de aquí que muchas de las triacas dispensadas lo eran adulteradas.

El fraude estaba servido y ello fue uno de los móviles impulsores para que S.M. Felipe V concediese, al Real Colegio de Profesores Boticarios de Madrid, el 15 de marzo de 1732, el privilegio de su elaboración⁷⁹, bien entendido que ello suponía la preparación bajo un necesario ritual: exposición de los simples medicinales durante tres días en las Descalzas Reales, visita del Protomedicato, carteles anunciando el evento en los principales pasajes públicos... todo para «tranquilizar» y publicitar el medicamento, para hacer creer en sus bondades y milagrosa acción. Y así, en la seguridad de lo que hoy denominamos «eficacia», las boticas lo adquirirían al Colegio para su posterior venta.

Ahora bien, el referido privilegio lo era tan sólo para los boticarios de Madrid y realmente quiso ser, además, un valladar para su venta por los drogueros madrileños y para las importaciones de triacas extranjeras tan afamadas cuales las de Venecia o Roma. No obstante, si algún boticario deseaba elaborarla habría de someterse a los mismos requisitos que el Real Colegio, lo cual se nos antoja nada fácil para un boticario particular.

Durante el reinado de Fernando VI la Real Botica adquirió, al Real Colegio de Boticarios de Madrid, triaca magna durante los años 1747, 1748, 1749, 1750 y 1751. Las correspondientes facturas, presentadas a Martínez Toledano para su cobro, están firmadas por Andrés Caballero, tesorero de dicha Corporación⁸⁰.

En enero de 1750 figura, en las relaciones juradas de gasto y en las facturas revisadas, un pago de 576 reales por la compra de 32 libras de triaca

al Colegio de Boticarios de Madrid; cantidad importante, pero no suficiente pues, en agosto de dicho año, la triaca fue elaborada en la Real Botica. La adquisición de los simples medicinales, entre los que se encontraban la espi-canardi o el estoraque calamita, se adquirieron en años anteriores; en 1750 se compra el vino blanco, «generoso para la triaca»⁸¹, y en agosto de dicho año, el droguero madrileño Francisco Sierra sirve, como lo había hecho con anterioridad, «géneros para la triaca». No olvidemos que en el año 1749 se compran 711 víboras, es decir un 10,05% de las 7.069 compradas durante todo el reinado, sin contar las 44 adquiridas sólo para la Reina.

La elaboración de tan afamado polifármaco exigía, reiteramos, la exposición de los simples medicinales durante tres días. Si el Real Colegio de Profesores Boticarios utilizaba para ello las Descalzas Reales era lógico que la Real Botica lo hiciese en sus dependencias. Por ello, en 21 de agosto de éste 1750, se mandó al impresor madrileño José Fernández Zeriaga estampar la receta de la triaca magna⁸² y, pocos días más tarde, Juan Gómez Bot, encuaderna cuarenta y seis libros de la *Receta de la triaca*, cuatro en tafilete encarnado, dorados con las armas reales, doce en pasta y treinta y cuatro en papel dorado⁸³.

Era necesario decorar la Real Botica para la exposición; el encargado de instalar las colgaduras de damasco, tanto en el recibidor como en la Real Botica, fue José de Velasco; empleó para ello «ciento y cincuenta piernas y estuvieron colgadas tres días...»⁸⁴, que suponemos serían los que estarían expuestos los géneros para la triaca.

Los referidos géneros, que pesaron dos arrobas, fueron molidos por ocho mozos, emplearon para ello 153 días, siéndoles abonado por este concepto, en septiembre de 1750, 5.508 rv. En octubre se pagaron, a Juan Alvarado, 80 reales por una tinaja para «poner la triaca»; hemos de suponer que, en ella, se guardó la que había sido elaborada en la Real Botica.

Lo que no podemos probar documentalmente es la reacción del Real Colegio de Profesores Boticarios ante tal hecho; no olvidemos que los boticarios al servicio de la Real Botica eran miembros de dicha Corporación. Lo que sí es cierto es que, en 1751, como se ha referido, se le compraron de nuevo, al Real Colegio, 16 libras de la triaca magna fabricada por éste, y se encargó, en agosto de 1751, a Juan Antonio Pastrana, un bote de hoja de lata para triaca, por el que se pagaron 6 reales.

Medicamentos milagro de hoy

*«Sin daño de la salud
puedo con mi suficiencia
convertir la impotencia
en muy potente virtud;
sin calientes confecciones,
sin comeres muy abastos
sin conservas ni piñones,
estincos y sateriones,
atincar ni otros gastos».*

Rodrigo de Cota

Hoy día los medios escritos y audiovisuales nos bombardean con anuncios de distintos artilugios y preparados con virtudes curativas, de los cuales no sabemos su composición ni sus características. Un *marketing* agresivo, una publicidad engañosa, pero a veces convincente, emite mensajes capaces de hacernos creer sus bondades ¡casi milagrosas! En el siglo XXI todavía sigue perviviendo la farmacia simbólica y los medicamentos mágicos, panaceas para toda dolencia, capaces de aliviar o curar trastornos psíquicos o físicos.

El anhelado deseo de alcanzar el máximo nivel de opulencia y bienestar social hace asirnos a cualquier cosa capaz de ilusionar nuestros ánimos, medicamentos secretos del ayer, prohibidos, medicamentos milagro de hoy⁸⁵. Pervivencia de mentalidades mágicas que siguen confiando en elixires de la larga vida que curaban cualquier dolencia, «orvietanos», tan afamados como ineficaces, salidos de la imaginación de Lupi de Orvietano, curalotodo elogiado por el gran Molière en su *L'amour medicin*, quien ya advierte que todo el oro del mundo no es suficiente para pagar tal secreto, pues cura la peste, la gota y la viruela⁸⁶.

Hemos de ser conscientes de la necesidad de impedir la comercialización de cualquier preparado u objeto, que se presente como poseedor de virtudes terapéuticas, sin estar autorizados como tal, porque pueden ser un grave perjuicio para la salud.

Libertad siempre, con la ley como única cortapisa, pero exigencia de que ésta se cumpla; promocionar la veraz información para que el consumidor sepa qué y para qué sirve el producto que adquiere y, en su caso, decida desde

el convencimiento. Los medicamentos milagro no están autorizados porque, al no conocer ni su composición ni sus características, pueden ser considerados remedios secretos y, en consecuencia, su publicidad y venta queda prohibida por la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios⁸⁷.

Sin embargo, del ayer al hoy, los humanos, en un mundo que algunos denominan «aldea global», y pese a gozar de una mayor formación e información y de los importantes avances tecnológicos obtenidos, seguimos, en alguna medida, empleando productos milagros, en el ferviente deseo de encontrar remedios para aliviar, prevenir o curar nuestras dolencias.

Medicamentos de autoconsumo

La sociedad actual, por las condiciones inherentes a las formas actuales de vida, necesita disponer de medicamentos que le permitan, no sólo una mejor calidad de su existencia, sino un mayor bienestar.

Vivimos más años y queremos vivirlos dignamente, con el menor número de limitaciones físicas y psíquicas, y sin duda los medicamentos ayudan a lograr esos nuestros deseos.

Los medicamentos de autocuidado para la salud, como actualmente se conocen las anteriormente denominadas especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), son productos seguros, eficaces y de calidad que, como tales, tienen autorizada su comercialización e inscripción en el registro creado, a tal efecto, por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Esta autorización sólo se concede tras comprobar que van destinados a «procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que puedan ser utilizados para el autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización»⁸⁸.

Es decir, los medicamentos de autoconsumo son demandados para el cuidado de patologías menores, pero no por ello precisan menor atención farmacéutica, ésta será imprescindible en su dispensación pues, aunque en el prospecto y etiquetado incluyan cuantas advertencias se requieran, en especial las orientadas a prevenir su uso indebido, el farmacéutico ha de realizar una entrega responsable del medicamento, que no otra cosa es la dispensación, cualesquiera que sea su naturaleza. La dispensación es pieza clave en un sistema sanitario que persigue el uso racional de los medicamentos, estén o no financiados por el Sistema Nacional de Salud. El cumplimiento de las normas legales y las deontológicas refuerzan aún más, si cabe, la actividad profesional de un sanitario, que no otra cosa es el farmacéutico.

Desde este planteamiento, es prioritaria la educación de la población en autocuidado, a través de los profesionales farmacéuticos, los más cercanos a ella, y las corporaciones y asociaciones implicadas. Esa necesidad es la que ha impulsado al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y a la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP) a suscribir acuerdos de colaboración para dar el necesario impulso al autocuidado⁸⁹, porque la

sociedad debe saber que los medicamento de autoconsumo, como cualquier otro, si no son utilizados correctamente, pueden tener efectos indeseados.

En España, setenta compañías farmacéuticas y veinte empresas adheridas que trabajan en el ámbito del autocuidado de la salud, se integran en la Asociación para el Autocuidado de la Salud, miembro de la Asociación Europea de la Industria de Autocuidado (AESGP) y de la Industria del Autocuidado (WSMI), a través de la cual es miembro no gubernamental de la Organización Mundial de la Salud.

En cifras globales, el gasto de medicamentos de autoconsumo en Europa ha caído en los dos últimos años un 2%; no obstante, en España, ha experimentado un pequeño incremento.

El total del gasto en OTC representa, con respecto al gasto total de medicamentos, una importante cantidad, diferente en cada uno de los 27 Estados miembros de la Unión⁹⁰. Federación Rusa, República Checa, Bulgaria y Polonia encabezan el estudio, siendo Grecia, Portugal y Francia las que tienen un porcentaje menor, aproximadamente un 6%. España se sitúa, en este sentido, al nivel de Alemania, Holanda o Reino Unido, países en los que el mercado de medicamentos de autoconsumo representa poco más de un 10% del total de medicamentos.

En Europa, los medicamentos de autoconsumo más vendidos son, en primer lugar, los indicados para paliar estados griposos o resfriados, aproximadamente un 23,4%; seguidos de los analgésicos y los digestivos, los productos para la piel y las vitaminas. Esta tendencia es algo diferente en España ya que, en términos cuantitativos, las ventas de los digestivos superan a la de los analgésicos.

Son coincidentes las opiniones respecto al importante papel que el autocuidado supone como excelente método de ahorro para los sistemas de salud. En Gran Bretaña, por ejemplo, médicos de atención primaria y profesionales sanitarios han reclamado al Gobierno una mayor atención para los medicamentos y productos de autocuidado.

La demora de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios para evaluar los fármacos de autoconsumo, pues sólo ella está capacitada para tal designación, es un valladar que convendría valorar; esta lentitud administrativa, que se acentúa en los procedimientos de registro descentralizado y de reconocimiento mutuo por disparidad de interpretación de los diferentes

evaluadores, dificulta la puesta en el mercado de los medicamentos de autoconsumo, lo que supone un perjuicio para la salud y una pérdida, en términos económicos, para las empresas titulares.

En síntesis, una deseable armonización de la evaluación y un marco de estabilidad económica favorecerían el sector, permitiéndole prestar un mejor servicio a los ciudadanos que, en definitiva, somos todos.

Medicamentos huérfanos

*«¿Qué haces tú casi muerto,
si el nuevo día lunes
hilado por el Sol, fragante a beso,
se cuelga de su cielo señalado
y se dedica a molestar tu crisis?»*

Pablo Neruda

Es de sobra conocido que los medicamentos huérfanos son aquellos productos destinados al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades raras⁹¹ y que, para adquirir dicha consideración, la enfermedad sólo puede afectar, en Europa, a un número limitado de la población, definido como menos de 1 entre 2.000 ciudadanos, lo que representa un número bajo de personas afectadas⁹². Dada la baja prevalencia de estas enfermedades, el desarrollo de terapias específicas no es rentable para los habituales agentes responsables del desarrollo de medicamentos, los laboratorios farmacéuticos, al menos desde un planteamiento económico prioritario⁹³; baste considerar que, recientes estimaciones, calculan que el coste para poner en el mercado un producto nuevo está alrededor de mil millones de euros, y que el proceso de descubrimiento y desarrollo puede durar un promedio de doce a catorce años⁹⁴.

Añadido al incremento de costes, la industria farmacéutica se enfrenta a una situación incierta en cuanto al retorno de las inversiones, por lo que se incrementa la tendencia a frenar proyectos de éxito dudoso y de más difícil financiación. Las ventajas de protección de la exclusividad de comercialización en situaciones excepcionales, como ocurre para los medicamentos huérfanos, se postulan como incentivos para incrementar el retorno de la inversión realizada en el desarrollo de nuevos fármacos.

La continua reestructuración de la industria farmacéutica, tanto europea como americana, en las dos últimas décadas, conduce a una limitación de los participantes en el mercado y, por tanto, a una menor amenaza de competencia, lo que prolongaría las posibilidades de retorno de inversión. Por otro lado, esta situación conduce, en muchos casos, a la interrupción de líneas de investigación consideradas no prioritarias, al acometer el redimensionamiento de las superestructuras de I+D.

Las grandes compañías, que estudian inmensas librerías de compuestos, son las que tienen mayor probabilidad de identificar una molécula con interés

en la terapia de una enfermedad rara. Sin embargo, son las empresas pequeñas las más proclives a llevar adelante un desarrollo de un medicamento huérfano, ya que los costes generales son más bajos y compatibles con una comercialización para un nicho de mercado específico.

La realidad nos muestra que, debido a su rareza, sólo determinadas patologías graves han sido identificadas como enfermedades raras, aunque cada semana se describe, en la literatura médica, una media de cinco enfermedades raras nuevas, siendo hasta la fecha casi ocho mil el número de las mismas. No obstante, este número depende de la precisión en el concepto de la patología; algunas enfermedades relacionadas pueden considerarse como una entidad propia, o bien pueden subdividirse y clasificarse como trastornos diferentes, en función del conocimiento que tenemos, así como de los medios diagnósticos, biológicos o clínicos. Esta complejidad se ve reflejada en las diferentes clasificaciones de enfermedades raras, algunas de las cuales comparten características comunes.

Aunque las enfermedades raras pueden manifestarse en el nacimiento o durante la infancia, más del 50% de estas patologías aparecen durante la edad adulta. Casi todas las enfermedades genéticas son enfermedades raras. Un 80% de las enfermedades raras tiene un origen genético identificado, lo que equivale, en su conjunto, a un 3% ó 4% de los nacimientos. Las otras causas pueden ser infecciosas, bacterianas o virales, alérgicas, autoinmunes, degenerativas o proliferativas. Todavía hoy el origen de la causa sigue siendo desconocido para muchas de estas dolencias.

En general existe un déficit de conocimiento médico y científico en el campo de las enfermedades raras. Estas patologías han sido ignoradas durante mucho tiempo por médicos, investigadores y políticos; de hecho, hasta hace pocos años, no había siquiera una política concreta, ni programas de investigación científica, en el campo de las enfermedades raras.

Muchas de estas enfermedades están asociadas a deficiencias sensoriales, motoras, mentales y, en ocasiones, a estigmas físicos, lo que hace que las personas afectadas por estas patologías sean más vulnerables desde el punto de vista psicológico, social, económico y cultural. No obstante, aquellos pacientes cuya patología no es ni tan siquiera identificada, por falta de suficiente conocimiento científico y médico, son sin duda los que más sufren. Para las personas con enfermedades raras, la baja presencia de su dolencia conlleva numerosas consecuencias adversas, tanto a nivel médico como social.

El derecho de todos a la protección de la salud, reconocido en nuestra vigente Constitución, al igual que en otros tratados equivalentes, es un principio rector que impone al poder político la obligación de legislar de modo que se traduzca, esa norma programática, en derechos subjetivos concretos. La eficacia de los principios rectores, y en particular del derecho a la protección de la salud, se traduce en el postulado de una determinada política legislativa y eleva la protección de la salud a la categoría de fin del Estado, que debe conseguirse por imperativo constitucional. Nuestra Constitución posibilita la atribución y distribución de competencias normativas y de ejecución entre el poder central y los poderes territoriales del Estado y legitima la contribución obligatoria que los poderes públicos impongan a los particulares, vía impuestos, cotizaciones o sanciones, así como el sostenimiento de los servicios necesarios con cargo a los ingresos públicos generales.

Sin embargo, es un hecho constatable que los ciudadanos afectados por enfermedades raras no ven atendidas suficientemente sus necesidades sanitarias, al no disponer de medios diagnósticos o terapéuticos. Son una minoría constituida por más de treinta millones de personas en toda la Unión Europea.

Así como otras minorías, habitualmente identificadas por diferencias sociales, culturales o religiosas, están viendo reconocido su derecho a ser respetadas y valoradas en las decisiones de las democracias occidentales, los pacientes de enfermedades raras, y sus familias, a través de las asociaciones, reconocidas de manera específica por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), actúan para promover una mayor implicación de los poderes públicos en este frente, y están jugando un papel fundamental a la hora de promover progresos en la atención de estas enfermedades.

Medicamentos huérfanos en EE.UU.

El 14 de enero de 1983 entró en vigor, en los Estados Unidos de Norteamérica, el Acta de los Medicamentos Huérfanos (ODA) de la *Food and Drug Administration* (FDA), destinado a estimular el desarrollo y comercialización de medicamentos para tratar enfermedades raras. Esta normativa era la respuesta al bajo número de medicamentos huérfanos aprobados en EE.UU. en los años anteriores; entre 1967 y 1983 apenas 58 nuevos productos aprobados hubieran podido ser designados huérfanos⁹⁵.

En un principio se aplicó el estatuto de «huérfano» a los productos cuyas ventas en EE.UU. no cubrían los gastos necesarios para su desarrollo; sin embargo, tras la enmienda de 1984, se amplió la designación a aquellos medicamentos destinados a tratar enfermedades con una prevalencia inferior a 200.000 personas en EE.UU. En 2008, de acuerdo al inventario realizado por la Oficina de Enfermedades Raras del Instituto Nacional de Salud de EE.UU. (NIH-ORD) se contabilizaron más de 6.500 enfermedades que, en su conjunto, afectan a unos veinte o veinticinco millones de norteamericanos. Cada año se describen unas 50 nuevas enfermedades raras en EE.UU.

En 1983, este *Acta* atribuyó a la FDA el papel de revisar y aprobar las solicitudes de designación como medicamento huérfano, así como supervisar la exclusividad de comercialización durante siete años, coordinar la ayuda a los promotores para el diseño de estudios de investigación, estimular a los promotores para que lleven a cabo protocolos abiertos y conceder ayudas y subvenciones para el desarrollo de medicamentos huérfanos. Todas estas funciones son llevadas a cabo por la Oficina para el Desarrollo de Productos Huérfanos (OOPD). El Consejo de Medicamentos Huérfanos del Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de los EE.UU. también fue creado por este *Acta*, con el fin de promover el desarrollo de medicamentos y dispositivos huérfanos y apoyar un esfuerzo concertado entre los sectores público y privado en esta área.

El *Acta* estableció el carácter federal del estatus de medicamento huérfano, habitualmente denominado «designación de orfandad». La concesión de la designación como huérfano ampara una indicación de un producto y cualifica al promotor para recibir ciertos incentivos al amparo del *Acta*. En su primera redacción, el *Acta* contemplaba la posibilidad de solicitar la designación de orfandad en cualquier momento del proceso de desarrollo, incluso una vez comercializado. No obstante, tras la Enmienda de 1988, sólo es po-

sible solicitar la designación antes de gestionar la autorización de comercialización para la indicación en cuestión. El promotor puede solicitar la designación como huérfano para una indicación no aprobada indistintamente que el producto esté o no previamente autorizado para otras indicaciones.

El elemento clave del *Acta* es, sin duda, el establecimiento de incentivos económicos para estimular el desarrollo y comercialización de medicamentos huérfanos. En primer lugar, la disponibilidad de subvenciones directas, de las que se conceden, anualmente, entre doce y quince, tanto a grupos de origen académico como a empresas. En segundo lugar, se establecen créditos, en forma de aplazamientos sobre los impuestos, equivalentes a un 50% sobre los gastos en los que se incurra durante la fase de desarrollo clínico necesaria para demostrar el potencial terapéutico de los medicamentos huérfanos. En tercer lugar, se concede una exclusividad de comercialización, por siete años, para la indicación para la que ha recibido la designación como huérfano; esta exclusividad es un beneficio posterior a la autorización, que comienza a contabilizarse en la fecha de la autorización de comercialización; este beneficio pretende dar mayores oportunidades de recuperación de la inversión en I+D para medicamentos que no gocen de protección por la vía de la propiedad industrial, aunque no es equivalente a la protección que permiten las patentes: durante el periodo de exclusividad, la FDA no aprobará una nueva solicitud de comercialización de un medicamento, con el mismo producto, para la misma indicación a una enfermedad rara.

Como resultado, hasta la fecha, han sido concedidas casi dos mil designaciones como huérfanos desde la aprobación del *Acta* en 1983, concernientes a más de mil productos, indicados para unas 900 enfermedades diferentes. Oncología es el área terapéutica más solicitada, representando la tercera parte de las designaciones. De las designaciones de orfandad, un 30% corresponden a nuevas entidades moleculares.

Desde la entrada en vigor del *Acta*, más de 800 entidades han solicitado la designación de orfandad para algún producto. Entre estos promotores hay instituciones públicas, como hospitales o universidades, así como entidades particulares. En general, las instituciones públicas solicitan esta designación para un solo producto; por el contrario, las empresas suelen presentar más de una solicitud de designación, y tienen también mayor tasa de éxito en cuanto a alcanzar el momento de la comercialización.

De los productos designados como huérfanos en EE.UU., desde la entrada en vigor del *Acta* de 1983, se han aprobado para su comercialización un 15%

de las solicitudes efectuadas, autorizaciones que fueron concedidas a un 20% del total de promotores. Desde la designación como huérfano hasta su aprobación de comercialización suelen pasar unos cuatro años y medio. El tiempo de revisión de las solicitudes de comercialización, por parte de la FDA, es inferior para los medicamento huérfanos, un año y seis meses, frente a los dos años y dos meses en que se promedia para los medicamentos no huérfanos.

El impacto de la exclusividad comercial de siete años es moderado en el total del tiempo de protección por patentes y protección de datos. Algunos analistas consideran que la protección frente a genéricos no está tan condicionada por el tiempo de exclusividad como por el hecho de que el mercado al que se accedería es insuficiente para compensar el esfuerzo de la inversión para el desarrollo del genérico.

Es obvio que el incremento en el desarrollo y comercialización de medicamentos huérfanos en EE.UU. es, en gran parte, debido a los beneficios del *Acta*; sin embargo, también se ha producido un aumento significativo de las inversiones en I+D en el campo farmacéutico y médico. La irrupción de la biotecnología, junto con un mayor conocimiento básico de las enfermedades raras y los progresos tecnológicos alcanzados en diversas disciplinas del ámbito farmacéutico, han posibilitado un mayor número de herramientas para apoyar el desarrollo de medicamentos huérfanos.

Otras medidas de la administración norteamericana, por ejemplo el Acta de Desarrollo e Innovación de las Pequeñas Empresas, aprobada en 1982, ha facilitado recursos a ciertos promotores proclives al desarrollo de este tipo de productos, como las empresas de biotecnología. Los procedimientos de la FDA también se han mejorado, agilizando significativamente los plazos. Facilitar el acceso a los procesos de desarrollo y aprobación ha sido crítico, ya que los pequeños promotores interesados en el desarrollo de un solo producto han hecho aumentar significativamente el número de enfermedades abordadas por los medicamentos huérfanos en desarrollo.

Por otra parte, aunque las exigencias de seguridad y eficacia no son diferentes para los medicamentos huérfanos, el tiempo de desarrollo es menor; esto se debe a unos requerimientos más flexibles, especialmente para aquellos medicamentos destinados a enfermedades mortales para las que no hay tratamiento alguno. En estos casos, la FDA permite la aplicación de procesos *fast track*, de prioridad en la evaluación. Éste es un incentivo añadido, ya que optimiza las posibilidades de rentabilizar la inversión en el desarrollo para las compañías, especialmente las más pequeñas, que se añade a los incentivos

económicos directos descritos más arriba, fundamentalmente la reducción de impuestos para las compañías con actividad comercializadora o las subvenciones para las que no comercializan.

En conclusión, en los Estados Unidos de América del Norte, la investigación y desarrollo de medicamentos huérfanos se beneficia de políticas y programas públicos regulados por la normativa federal. Subvenciones, exenciones fiscales, exenciones de tasas y exclusividad de comercialización figuran entre los más destacados de los beneficios que, en su conjunto, han demostrado ser eficaces para incentivar el desarrollo de estos medicamentos y se han plasmado en la aprobación de un número significativo, si bien sólo representativo, de un mercado muy especializado.

Medicamentos huérfanos en Europa

El derecho a la salud para los ciudadanos europeos está recogido en el Tratado que establece la Constitución Europea, publicado en 2004⁹⁶. En su artículo III-278 establece: «En la definición y ejecución de todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana»; además, la política de la Unión debe complementar las políticas nacionales, encaminándose a «mejorar la salud pública y a prevenir las enfermedades humanas».

En este contexto, se reconoce la importancia de la colaboración entre Estados para complementar servicios de salud y mejorar a través del intercambio de procedimientos y experiencias. Además, ha de promoverse la cooperación con terceros países y organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

El marco legislativo en el que se introduce la política de salud pública de la Unión Europea relativa a los medicamentos huérfanos entró en vigor en el año 2000. Está integrado por el Reglamento (EC) 141/2000 de 16 de diciembre de 1999 y el Reglamento (EC) 847/2000 de 27 de abril de 2000⁹⁷.

El objetivo de este marco legislativo es estimular la investigación, descubrimiento y desarrollo de medicamentos para tratar o diagnosticar enfermedades raras, a través de la concesión de incentivos a la industria farmacéutica o, más ampliamente, a los promotores del desarrollo de estos productos.

En esta legislación básica se establece la formación de un comité permanente en la EMA, el Comité para Medicamentos Huérfanos (COMP), responsable de la revisión y aprobación de las solicitudes de designación de los medicamentos como huérfanos.

Los productos que pueden recibir la designación de medicamentos huérfanos responden a una gran variedad de enfermedades, incluyendo trastornos de origen genético o cánceres de escasa incidencia, para los que no se dispone de tratamiento satisfactorio, afectando, en muchos casos, a niños y neonatos.

La Comisión Europea reconoce que uno de los pilares del crecimiento y el empleo son los esfuerzos encaminados a fomentar la economía del conocimiento, especialmente mediante la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación. Por ello, el núcleo de la Agenda renovada de Lisboa, que representa la respuesta de la UE a la globalización, lo constituye el paso hacia un crecimiento basado en la innovación⁹⁸.

Tanto la investigación como la innovación son vitales para hacer frente a algunos de los retos más importantes a los que se enfrenta la Unión Europea y mantener un modelo basado en el crecimiento económico, la responsabilidad social y el desarrollo sostenible. Europa debe incrementar la productividad, aumentar la tasa de empleo y dedicarse a actividades económicas de mayor valor añadido. Dado que los trabajadores han de poseer aptitudes de un nivel superior y ser capaces de adaptarse a los cambios, la inversión en el capital humano resulta de importancia crucial para intensificar los esfuerzos de investigación e innovación. La Unión Europea dispone de tres instrumentos clave para la ayuda: la política de cohesión, financiada mediante los fondos estructurales y el fondo de cohesión; el programa marco de investigación y el programa marco para la innovación y la competitividad.

La innovación es más eficiente cuando se trata a nivel regional, ya que la proximidad física favorece la cooperación entre los agentes en los sectores público y privado. La creación de agrupaciones de empresas suele ser clave para lograr el fomento de la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación. La capacidad de los responsables políticos y empresarios de convertir el conocimiento, las aptitudes y competencias en ventajas competitivas sostenibles es determinante para los resultados económicos que consigan las regiones, sin olvidar las diferencias de capacidad de las diversas regiones, sobre todo a raíz de las últimas ampliaciones de la Unión.

Las prioridades comunes o complementarias de las políticas comunitarias de investigación, innovación y cohesión, en el contexto de Lisboa son:

- Construir un Espacio Europeo de la Investigación (EEI), mediante el aumento de la capacidad de I+D, la promoción de la excelencia europea y la disminución de las desigualdades estructurales.
- Mejorar los resultados de las actividades de I+D y de innovación, con la consiguiente contribución al crecimiento económico y la creación de puestos de trabajo, fomentando unas condiciones económicas saneadas, facilitando el acceso al capital riesgo, apoyando el desarrollo de agrupaciones de empresas innovadoras, ampliando el capital humano, respaldando las actividades de transferencia de tecnología, principalmente de las universidades y centros de investigación a las PYME y entre PYME, y ayudando a que las instituciones públicas de I+D y del conocimiento conecten con la comunidad empresarial local mediante, por ejemplo, la creación de redes.

- Reforzar la competitividad de las empresas y las regiones europeas, fomentando el espíritu de iniciativa y apoyando a las PYME mediante, entre otras actuaciones, una red de apoyo a las empresas.
- Reforzar la cohesión económica y social de la Unión Europea ampliada para impulsar en la Comunidad un desarrollo armónico, equilibrado y sostenible.
- Promover estrategias de innovación a nivel nacional, regional e interregional y las agrupaciones de empresas innovadoras.

Las políticas de investigación, innovación y cohesión de la Unión Europea contribuyen de diferentes formas al objetivo común de crear puestos de trabajo y fomentar el crecimiento. Mientras que la política de investigación se centra en promover la excelencia a nivel internacional, la de innovación se ocupa de convertir el conocimiento en oportunidades comerciales y nuevas soluciones para las necesidades de la sociedad mediante, por ejemplo, procesos e innovaciones organizativas que incidan en las estructuras, los procesos y los vínculos entre las organizaciones. La política de cohesión se centra en el fomento de la excelencia regional. En los programas de la política de cohesión que cubren el periodo 2007-2013, los Estados deben emplear entre el 60% y el 75% de los recursos destinados a inversiones relacionadas con la estrategia de Lisboa, sobre todo en el ámbito de la investigación y desarrollo tecnológico y la innovación. Al procurar aumentar la coordinación entre las tres políticas, conviene tener en cuenta que:

- Cada una tiene una base jurídica diferente en el Tratado Unión, a pesar de que los objetivos generales son comunes.
- Cada una trata temas específicos: la política de cohesión se centra en áreas geográficas concretas, el programa marco de investigación tiene una especialización temática, mientras que el programa de innovación pretende fomentar un enfoque integrado.
- Existen diferencias en los métodos de ejecución: los programas de investigación y de innovación utilizan convocatorias de propuestas competitivas, con evaluación por parte de expertos independientes; el programa de innovación, además, tiene una convocatoria abierta de manera permanente para determinadas acciones; y los programas de política de cohesión se aplican mediante una gestión compartida entre la Unión y los Estados miembros.

La Comisión Europea ha diseñado los actuales programas de modo que ofrezcan más potencial al usarlos de forma coordinada. Por razones de corrección en la gestión financiera de fondos públicos, no es posible combinar la financiación procedente de dos fuentes comunitarias diferentes para la misma categoría de costes subvencionables, pero sí lo es utilizar los fondos estructurales y otros fondos de la Unión para los diferentes elementos o fases de un programa de investigación e innovación, por ejemplo.

Los Estados miembros han asignado 45.000 millones de euros a los fondos de la política de cohesión destinados a inversión en investigación, desarrollo e innovación, incluida la inversión en capital humano; esta cifra representa más del triple de lo invertido, en estos ámbitos, en el periodo 2000-2006. Al mismo tiempo, la sinergia no debe reducirse a la simple financiación complementaria de proyectos, también es importante en la construcción y el desarrollo de la capacidad de investigación e innovación. El intercambio de conocimientos potenciado por los instrumentos comunitarios representa, así mismo, una forma de sinergia importante.

Por otro lado, la Comisión invita a los Estados miembros a mejorar las medidas destinadas a preparar y utilizar, de forma coordinada, los instrumentos comunitarios destinados a fomentar la investigación y el desarrollo tecnológico, la innovación y la cohesión a nivel nacional y regional. Asimismo, deben ponerse a punto sistemas para sensibilizar a los agentes involucrados en su aplicación, incluidos los ministerios nacionales y regionales de investigación e innovación, sobre las posibilidades que ofrecen estos tres instrumentos comunitarios con el fin de fomentar el uso de los mismos.

Complementariamente a los incentivos previstos por la legislación sobre medicamentos huérfanos, orientada a facilitar su desarrollo y llegada al mercado, la Unión Europea, a través de sus programas marco de investigación —actualmente está en vigor el séptimo (FP7, por su acrónimo inglés)—, busca promover y potenciar la investigación básica sobre enfermedades raras. En este sentido se orienta la investigación multidisciplinar y plurinacional sobre el curso natural y la patofisiología de enfermedades raras no infecciosas ni cancerígenas, en las áreas de endocrinología, inmunología y enfermedades metabólicas, enfermedades génito-urinarias y de los aparatos digestivo y respiratorio. El conocimiento adquirido constituirá la base para el desarrollo futuro de medios diagnósticos, así como de recursos terapéuticos o preventivos.

La Iniciativa Medicinas Innovadoras [IMI]

Con el lema «Mejores herramientas para mejores medicamentos», se planteó una plataforma mixta entre la industria farmacéutica, representada por la patronal europea EFPIA y la Comisión Europea. Su objetivo es permitir el acceso de los pacientes a los mejores medicamentos, potenciando la competitividad de la industria farmacéutica. Para ello se concreta un objetivo instrumental consistente en la mejora del proceso de desarrollo, largo y costoso, en el que se han identificado cuellos de botella concretos:

- Establecer, cuanto antes, la seguridad de los nuevos tratamientos y predecir su eficacia, a través del uso de nuevas tecnologías.
- Definir puentes entre las áreas de conocimiento, mediante el uso de nuevas tecnologías, enfocadas al análisis de cantidades masivas de datos.
- Educación y entrenamiento, una vez reconocido el peso definitivo de la adecuada cualificación de los profesionales.

La iniciativa se enfocará hacia enfermedades que afectan a millones de europeos para las que no se dispone de tratamientos satisfactorios:

- Alzheimer y otros desórdenes neurológicos.
- Enfermedades inflamatorias: asma, artritis reumatoide.
- Desórdenes metabólicos como diabetes u obesidad.
- Cáncer, en especial cáncer de pecho, leucemia y linfoma.
- Enfermedades infecciosas causadas por bacterias resistentes.

Las herramientas desarrolladas permitirán su uso en otros campos, en especial para aquellos que trabajen en enfermedades raras y olvidadas.

La creación de estas herramientas, y el conocimiento necesario para optimizar los procesos de desarrollo e incrementar la tasa de éxito en la introducción de nuevos medicamentos en el mercado, aportará un elemento de competitividad a la industria europea respecto a otros territorios. Un elemento esencial será la captación de investigadores e inversores atraídos por un entorno europeo más atractivo.

Otro de los objetivos de esta iniciativa es asegurar un mejor y más rápido acceso de los pacientes a los mejores medicamentos. La accesibilidad de información sobre las enfermedades debe permitir a los pacientes desempeñar un papel más activo en el desarrollo de nuevos tratamientos, por ejemplo, a través del foro de discusión del IMI.

El IMI se establece como una Iniciativa Tecnológica Conjunta (JTI), dentro del programa marco FP7. Es una colaboración público-privada, diseñada por la Comisión Europea y la Federación Europea de Asociaciones de Industria Farmacéutica (EFPIA). Su objetivo es reunir fondos públicos y privados para financiar proyectos de investigación paneuropeos. Con este fin se convoca a todos los agentes involucrados, desde investigadores académicos a asociaciones de pacientes, pasando por PYMES, reguladores e industria farmacéutica innovadora. El programa se organiza en tres cuerpos o grupos supervisados por un consejo de gobierno y un comité científico. El presupuesto disponible es de 2.000 millones de euros, la mitad de los cuales proceden de los fondos de FP7 destinados a universidades, PYMES y asociaciones de pacientes, y el resto de las compañías farmacéuticas, a través de sus propios programas de investigación.

Medicamentos huérfanos y enfermedades raras en España

En España, tal y como dispone la Ley de garantías dictada en 2006, la designación de medicamentos huérfanos se rige por el reglamento europeo comentado en epígrafes anteriores, si bien queda a la decisión del Gobierno el establecimiento de medidas excepcionales relativas al régimen económico o fiscal de estos medicamentos⁹⁹.

La actividad nacional está más enfocada a la incentivación de la investigación en el conocimiento de las enfermedades raras, sus causas y su posible prevención; así, en 2009, con motivo del día europeo de las enfermedades raras, el 27 de febrero, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo editó una nota de prensa en la que hacía balance de las actividades en este campo; tomamos de ella los datos que siguen:

- Entre 2004 y 2009 se autorizó en España la comercialización de 38 medicamentos huérfanos, lo que supone el 87% de los evaluados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), el resto no habían solicitado su comercialización en nuestro país.
- El tiempo de tramitación de medicamentos huérfanos se ha reducido, en España, a la mitad en los últimos cinco años. En este campo el objetivo es hacer llegar los medicamentos lo antes posible a los pacientes con enfermedades raras. Una vez autorizada la comercialización por la Comisión Europea, se fija el precio industrial máximo y las condiciones de financiación del medicamento. Actualmente España está entre las administraciones más ágiles del ámbito europeo en esta materia.
- Por áreas terapéuticas, destacan los medicamentos huérfanos destinados a oncología y endocrinología/metabolismo; en este segundo apartado se incluye el tratamiento de las metabolopatías congénitas, patologías raras de origen genético que no tenían tratamiento hasta ahora, por lo que estos fármacos constituyen una innovación terapéutica de primer orden.
- Los dos últimos medicamentos autorizados en 2009 para comercialización, e incluidos en la financiación pública del Sistema Nacional de Salud, han sido *Icatibant*, indicado en el tratamiento sintomático de crisis agudas de angioedema hereditario en adultos con deficiencia del inhibidor de la esterasa C1, y *Ambrisentán*, indicado en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP). Ambos medicamentos son de uso hospitalario, por lo que los pacientes los recibirán gratuitamente, aunque en ambos casos el precio unitario de laboratorio supera los 1.000 €.

- Como iniciativa adicional para estimular el desarrollo de medicamentos huérfanos, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha, en 2007, una iniciativa pionera en Europa: la convocatoria de financiación para investigación clínica independiente, fijando como área prioritaria los medicamentos huérfanos. En sus tres primeros años de existencia se han destinado recursos públicos a este fin por un total de 53 millones de euros.

A modo de comparación entre la situación de los medicamentos huérfanos en la Unión Europea y en los Estados Unidos de Norteamérica hemos elaborado la tabla aquí recogida; aunque la aproximación es muy similar en ambos territorios, en cuanto al tipo de incentivos ofrecidos, existen diferencias en cuanto a la amplitud de las ayudas; por ejemplo, la ampliación de períodos de exclusividad de comercialización se observa en ambos territorios, pero es más extensa en Europa.

	EE.UU.	Unión Europea
Marco legal	Acta Medicamento Huérfano (ODA)	Regulación (CE) 141/2000 (2000)
Autoridades implicadas	FDA / OOPD	EMA / COMP
Prevalencia de la enfermedad [por cada 10.000 individuos]	7,5	5
Estimación población afectada	20 millones	25-30 millones
Exclusividad comercialización	7 años	10 años
Crédito o desgravación fiscal	Sí [50% para ensayos clínicos]	En función de cada Estado miembro
Subvenciones para la investigación	Programas del NIH y otros	FP7 y medidas nacionales
Reconsideración de la designación de huérfano	No	Sí, cada 6 años
Asistencia técnica administrativa	Sí	Sí
Procedimiento acelerado de aprobación	Sí	Sí [vía procedimientos centralizados]

Como diferencias fundamentales señalamos la existencia de exenciones fiscales en EE.UU., no establecidas en la Unión Europea puesto que, en todo caso, quedan reguladas por la legislación nacional, ya que queda fuera del ámbito de competencias de las instituciones comunes de la Unión. También existen diferencias en los programas de ayuda a la investigación que, en el caso norteamericano, se conducen a través del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), que incluye la concesión de ayudas directas para la realización de ensayos clínicos por parte de promotores nacionales, las *Orphan Product Grants Program*, gestionadas por la Oficina de Medicamentos huérfanos (OOPD).

En Europa, las ayudas del FP7 contemplan beneficios a ensayos clínicos dentro de programas de investigación globales. Las ayudas europeas se circunscriben al ámbito de competencias de las instituciones comunes y, por tanto, se organizan en torno a la reglamentación general de medicamentos en Europa. Estos apoyos se encuadran en: ampliación del tiempo de comercialización exclusiva y reducciones de las tasas de la EMA: 100% para el asesoramiento científico para la preparación de protocolos clínicos; 100% en las inspecciones pre-autorización; 50% en las solicitudes de autorización de comercialización; 50% en las actividades post-autorización durante el primer año tras obtener la autorización. La Unión Europea destina, cada año, unos 6.000.000 € para compensar la disminución de ingresos de la EMA por la aplicación de estas exenciones.

Otros incentivos de los medicamentos huérfanos: el precio de venta

Actualmente, en los países en los que el precio de los medicamentos está intervenido, en aquéllos en que existe reembolso por parte de los sistemas de salud, sólo los medicamentos que aporten un beneficio significativo sobre los tratamientos preexistentes son primados con precios más altos. En esta situación, el papel que juega la innovación para pacientes y para los sistemas de salud es un elemento clave para entender las políticas de precio. En muchos casos, por ejemplo, en oncología o en enfermedades raras, los medicamentos son autorizados antes de haberse obtenido una evidencia completa e indiscutible sobre su eficacia, por lo que establecer el precio puede ser más complejo que en situaciones ordinarias. En general, el tamaño limitado del mercado al que se dirigen es un parámetro determinante a la hora de establecer su precio, ya que son medicamentos que nunca se van a poder beneficiar de economías de escala. En un entorno generalizado de restricción del gasto en medicamentos, el grado de necesidad clínica de una nueva terapia va a ser sustancial en la decisión de primar o no su financiación¹⁰⁰.

Los medicamentos huérfanos aportan un grado de innovación sin parangón ya que, por definición, son la primera terapia aplicable a una determinada enfermedad. En la mayoría de los casos dan lugar a tratamientos cuyo coste puede exceder los 100.000 \$ (ca. 75.000 €) por paciente y año. Por un lado, sus promotores afrontan la inversión en su desarrollo sin tener garantías sobre el retorno de la misma. Por otro, las autoridades sanitarias, en general los pagadores, incluyendo las aseguradoras en el caso de EE.UU., se enfrentan a la necesidad de proponer precio para un tratamiento cuyo valor terapéutico no ha sido demostrado.

A diferencia de EE.UU., en Europa el pagador suele ser el Estado, a través de los sistemas públicos de salud. Sin embargo no hay un ámbito común en política de precios farmacéuticos y es cada Estado miembro quien dicta sus medidas; así ocurre en el caso de medicamentos huérfanos, a pesar de que la designación como tales sí es una competencia transferida al ámbito de decisión europeo.

El desarrollo de nuevos medicamentos huérfanos, favorecido por las políticas de incentivación, supone la llegada a la comercialización de tratamientos caros, a los que los Estados no pueden negarse por razones sociales; no obstante se establecen restricciones para evitar un gasto, porcentualmente

pequeño en la factura global del medicamento pero muy significativo en términos de coste individual. Así, por ejemplo, se impone una prescripción muy dirigida, específicamente a sub-poblaciones bien delimitadas; en otros casos se requiere supervisión por especialistas, como en Francia o Italia, donde el tratamiento de enfermedades raras ha de hacerse a través de «centros de referencia» en los que tratamiento e investigación coexisten. En general, se persigue evitar la prescripción fuera de la indicación para la que específicamente han sido desarrollados estos medicamentos y se evidencia una tendencia hacia la exigencia de resultados fehacientes, desde el punto de vista clínico y fármaco-económico.

Recientemente se ha puesto en marcha, primero en EE.UU. y posteriormente en Gran Bretaña, una iniciativa de reparto de riesgos; el «pagador» acepta fijar un precio más alto para el medicamento sin disponer de evidencias completas de su eficacia, a cambio, el promotor acepta disminuir el precio si, finalmente, los estudios clínicos y fármaco-económicos no demuestran el valor terapéutico del tratamiento. En el caso americano, el riesgo lo comparte el paciente, sobre el que se hace recaer una mayor proporción de los costes. De igual modo, el organismo responsable de la valoración fármaco-económica en Reino Unido (NICE) ha emitido una opinión contraria a la utilización de *Yondelis*[®] en el tratamiento de sarcoma de tejidos blandos, porque considera que hay un incremento en la relación coste-efectividad respecto al mejor tratamiento alternativo. *Yondelis*[®], un producto desarrollado por la compañía española *Pharmamar*, recibió la designación como huérfano, para la mencionada indicación, en 2001¹⁰¹ y obtuvo la opinión positiva de la EMEA para «comercialización en circunstancias excepcionales», en 2007¹⁰².

El endurecimiento de los criterios de precio y las aproximaciones más restrictivas no hacen sino reflejar el éxito de las políticas de incentivación del desarrollo de medicamentos huérfanos, ya que su llegada al mercado está obligando a los pagadores a hacer frente a terapias de muy elevado coste, si bien la presión social y la sensibilidad política para atender necesidades clínicas muy severas hacen que no esté comprometida su financiación, en unas condiciones u otras.

En definitiva, los colectivos afectados por enfermedades raras serán beneficiarios de la continua mejora en la prestación y atención farmacéutica. Por otra parte, la investigación básica en el conocimiento de las enfermedades raras abrirá nuevas vías para la innovación farmacéutica que, como eje fundamental del cuidado de la salud de los ciudadanos, ha de ser objeto de una

amplia colaboración público-privada. Por un lado, los Estados pondrán a disposición de sus ciudadanos mejores medios y darán así cumplimiento al mandato de proteger su salud; y a la industria farmacéutica europea le permitirá equipararse a la americana o a la japonesa.

Instituciones dedicadas, en España, al estudio de las enfermedades raras

Integrado en el organigrama del Instituto de Salud «Carlos III» funciona un Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, cuyo objetivo es el fomento y ejecución de la investigación clínica y básica, formación y apoyo a la referencia sanitaria, e innovación en la atención de la salud en enfermedades raras¹⁰³.

Las funciones del Instituto de Investigación en Enfermedades Raras se estructuran en cuatro grandes planes de actuación¹⁰⁴:

1. Plan de acción en investigación. Cuyos objetivos son: identificar la magnitud de las enfermedades raras, estableciendo un sistema de información de base epidemiológica; promover la investigación clínica, básica, socio-sanitaria y socio-económica de las enfermedades raras dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica I+D+i; elaborar y actualizar periódicamente un censo de los recursos de actividades en relación con las enfermedades raras; impulsar y coordinar un banco de material biológico vinculado a las enfermedades raras; impulsar la investigación relativa a las enfermedades raras en colaboración con los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud; investigar sobre las últimas causas y la patogenia del síndrome del aceite tóxico.
2. Plan de acción en el marco técnico-asistencial. Los objetivos que persigue son: identificar las unidades clínicas de referencia en el ámbito de las enfermedades raras, en colaboración con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas; procurar que se asegure una adecuada atención sanitaria a los pacientes con enfermedades raras, en colaboración con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y los coordinadores de las redes de investigación que sustenta el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras; informar sobre la pertinencia científica, técnica y ética de ensayos clínicos con medicamentos huérfanos, o con otros medicamentos o dispositivos, cuando se trate de ampliar su indicación de uso para enfermedades raras, sin perjuicio de las competencias de otros órganos de la Administración sanitaria; promover acciones piloto de innovación en relación con la atención clínica y socio-sanitaria en enfermedades raras, creando grupos de expertos que establezcan criterios de actuación,

contribuyendo a elaborar protocolos clínico-terapéuticos de consenso; e impulsar la atención sanitaria de calidad y especializada de los enfermos del síndrome del aceite tóxico.

3. Plan de acción para la Docencia. Dentro del departamento docente sobre patologías humanas de baja prevalencia, organizar y desarrollar, a través de la Escuela Nacional de Sanidad y de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, actividades docentes de cursos generales o específicos en el ámbito de las enfermedades raras y del síndrome del aceite tóxico, en colaboración con las Comunidades Autónomas y los organismos docentes, profesionales y científicos.
4. Plan de acción para la Información. Desarrollar un sistema de información en enfermedades raras, recursos y actividades que alcancen a todos los profesionales de las áreas sanitarias.

Con independencia de lo antedicho, el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras asume la coordinación técnica que proceda, a través de la unidad de investigación para el estudio de anomalías congénitas, centro asociado del Instituto de Salud Carlos III, de acuerdo con el artículo 4.1.a del Estatuto de este Organismo, aprobado por Real Decreto 375/2001 de 6 de abril (BOE 27-IV-2001).

Medicamentos genéricos

*«No he de callar, por más que con el dedo,
ya tocando la boca, o ya la frente,
silencio avises o amenaces miedo»*

Francisco de Quevedo

Todos los seres vivos necesitamos, en algún momento de nuestra vida, medicamentos que nos ayuden a alcanzar un mayor grado de bienestar, o lo que es lo mismo, mejor calidad de vida.

Medicamento genérico es un término introducido en la praxis médico-farmacéutica, y en la mente de los ciudadanos que hemos dado en llamar civilizados, de cuyos beneficios nadie duda¹⁰⁵. La concepción de medicamento genérico, en Europa, es la de todo producto lanzado después de la expiración de la patente¹⁰⁶.

En España, a efectos legales, los medicamentos genéricos son productos identificados con las siglas EFG (Equivalente Farmacéutico Genérico) que tienen la misma eficacia terapéutica, seguridad y calidad que el original y cuyas características principales estriban en que tienen igual composición cualitativa y cuantitativa en principio activo y la misma forma farmacéutica que el medicamento original, con un precio menor que éste¹⁰⁷.

Los medicamentos genéricos suelen identificarse por la Denominación Oficial Española (DOE) o, en su defecto, por la Denominación Común Internacional (DCI) seguida del nombre o marca del titular o fabricante. Pueden también encontrarse las siglas EFG seguidas del nombre del laboratorio que los fabrica.

Para demostrar que estos medicamentos tienen la misma eficacia que los originales, la Ley de garantías obliga a la realización de estudios de bioequivalencia, hasta el extremo de demostrar el poder ser intercambiados sin merma o modificación significativa de sus efectos terapéuticos. Se acepta internacionalmente que, a igualdad de concentración sérica de un mismo principio activo, los efectos farmacológicos son también iguales; de ahí que lo más común es determinar la bioequivalencia comparando las concentraciones séricas obtenidas de la administración del medicamento genérico a un número suficiente de personas con el medicamento de referencia. Sin embargo, algunos fabricantes de medicamentos innovadores siguen haciendo llegar al consumidor el intencionado mensaje de que la seguridad y eficacia de los medicamentos genéricos podría

ser menor que la de sus equivalentes de marca. Estudios recientes y meta-análisis acerca de la equivalencia clínica entre medicamentos de marca y genéricos, en tratamientos de patologías cardiovasculares, han concluido no hallar diferencia alguna entre el medicamento innovador y el genérico¹⁰⁸.

En consecuencia, la principal ventaja de los medicamentos genéricos estriba en el ahorro del precio final de venta al público, sensiblemente inferior al del medicamento original, ya que sobre aquéllos no repercute el I+D procedente de poner en el mercado medicamentos innovadores. El medicamento genérico contiene un principio activo que ha sido previamente investigado, protegido por patente, y que una vez que esta ha expirado puede ser adquirido y comercializado de forma generalizada; por ello, en el precio del medicamento genérico, no repercutirá gasto atribuible a la investigación y desarrollo¹⁰⁹.

Por otra parte, hay que tener en cuenta la reducción de los costes asociados al producto. El menor coste de la materia prima tras la expiración de la patente y aumento de la oferta, los menores costes de fabricación y control por la experiencia previa del producto, así como los menores gastos en la promoción comercial del producto hacen que todo ello revierta en una bajada de su coste total.

La consecuencia directa es que la reducción de precios de un genérico supone un ahorro que oscila entre el 25% y el 50% respecto al coste del medicamento original equivalente, por ello el consumo de genéricos supone un beneficio económico para el ciudadano, al mismo tiempo que contribuye a racionalizar el gasto público en medicamentos sin que merme la calidad, seguridad y eficacia. Partiendo de la premisa que, en nuestra consideración, el gasto en medicamentos no es tal, sino una necesaria inversión en salud; la buena y transparente gestión de los recursos públicos se impone en cualquier caso y éste, entendemos, es el móvil impulsor de la política de genéricos, como medida de contención del gasto público y, tal vez, como elemento clave, a largo plazo, en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Una de las medidas de contención del gasto en medicamentos fue la aprobación del sistema de precios de referencia, al que se someten los medicamentos financiados con fondos públicos. La disposición final tercera de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el artículo 93 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios disponen, en lo referente a precios de referencia, que los medicamentos genéricos no podrán superar el precio de referencia del conjunto correspondiente, debiendo los servicios de salud promover la prescripción de genéricos¹¹⁰.

Bien es cierto que, en lo que afecta a la financiación pública de los medicamentos y a la regulación de su precio, la Ley de garantías establece pocos cambios respecto a lo dispuesto en la Ley de cohesión. Pese a la existencia de numerosas evidencias, teóricas y empíricas, que aconsejan reducir la intervención pública sobre los precios en el mercado de medicamentos con patente expirada, la Ley de garantías continúa mostrando una exagerada preferencia por la regulación de precios frente al fomento de la competencia, y todo ello en lugar de una apuesta decidida por mejorar la gestión de la prescripción; recuérdese que, en la actualidad, el gasto en medicamentos parece más dirigido por el número de recetas que por el precio de éste.

Esta predilección por la regulación frente a la competencia es la misma que ha llevado a que nuestro sistema de precios de referencia sea un sistema de exclusión de medicamentos de la financiación pública, antes que un sistema de copagos evitables, filosofía que impregna toda la Ley 29/2006, de la cual sus escasas novedades sustantivas y su mucho continuismo son aspectos que queremos destacar.

Uno de los cambios introducido por la Ley de garantías es la gradualidad en la reducción del precio industrial debido a la aplicación de precios de referencia. Así, cuando la aplicación del precio de referencia supone una reducción en más de un 30% del precio industrial, el laboratorio puede optar por aplicar la rebaja de forma gradual, bajo determinados mínimos y condiciones. Aunque es posible que esta modificación resulte insuficiente para suavizar el impacto de la bajada de precios, se trata de una medida claramente positiva, que contiene un mensaje inequívoco a la industria, al considerar que a partir de la entrada en el mercado del primer genérico no hay razón alguna para remunerar unos gastos de I+D que deberían haber sido recuperados durante el período de patente, aunque para facilitar la adaptación empresarial, en los casos en que se espere un elevado impacto a corto plazo de las medidas de reducción de precios, la Ley facilite este «aterrizaje suave».

La Ley de garantías, en su artículo 85, fomenta la prescripción por principio activo en la receta médica y la obligatoriedad para el farmacéutico de dispensar el medicamento genérico de menor precio¹¹¹. La precitada Ley también establece la inclusión en el mismo conjunto de todas las especialidades que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración¹¹²; la única excepción recogida es para las innovaciones galénicas que añadan utilidad terapéutica y sólo durante un período de cinco años. La medida se justifica en la necesidad de poner orden a la caótica situación actual, en la que hay un diferencial de precios muy amplio para las *line extensions*, desde

precios inferiores al de la presentación tradicional hasta precios siete u ocho veces superiores, lo cual no parece equitativo, es poco transparente y tiene una mala consideración de la relación entre el precio y la efectividad.

La introducción en el mercado, muchas veces con carácter previo a la pérdida de la patente, de nuevas formulaciones o *line extensions* del mismo principio activo, es una de las formas de competencia entre los innovadores y los genéricos. Algunas de estas *line extensions* tienen un valor terapéutico mínimo, mientras que otras pueden suponer mejoras importantes en la efectividad clínica, tratamientos crónicos, pacientes polimedcados de edad avanzada, o niños con bajo cumplimiento del tratamiento.

La vara con la que medir la aportación terapéutica, aquello por lo que realmente debe pagar el Sistema Nacional de Salud, ha de ser precisa y basada en la evidencia sobre la eficacia y la efectividad de cada formulación. En principio, es tan insuficiente considerar que todas las *line extensions* implican mejoras de eficacia, como suponer que todas son sólo puros intentos de aumentar el precio o extender la patente, sin ningún beneficio. El uso de la evidencia clínica y económica, a diferencia de la solución «generalista» adoptada, facilitaría la transparencia en las decisiones y un trato más equitativo entre los medicamentos.

Un tercer cambio previsto por la Ley de garantías es la reducción de precios en un 20%, cuando no se disponga de un genérico autorizado en España¹¹³. La falta de un genérico puede deberse a razones muy diversas, como que el precio ya sea muy bajo o la dimensión del mercado muy reducida. Reducir aún más el precio a este tipo de medicamentos, con independencia de su eficacia clínica, puede contribuir de forma directa a su desaparición del mercado y su sustitución por otros de introducción más reciente, de precio más elevado y eficacia no superior.

Hay que tener en cuenta que la congelación de precios nominales ya representa una reducción del precio real equivalente a la tasa de inflación. Aunque esta reducción del 20% tenía la limitación de ser sólo aplicable cuando hubiera autorizado, en algún país de la Unión Europea, un genérico con precio inferior, la ampliación de la Unión convierte esta limitación en una salvaguarda insuficiente. Una vez más, se trata de una medida generalista, que se «ceba», permítaseme la licencia intelectual, en medicamentos comercializados desde hace un gran número de años, ya de por sí con precio bajo, y que discrimina poco entre lo que debe pagar el Sistema Nacional de Salud en medicamentos antiguos pero de alta efectividad y sin sustitutos superiores en eficacia.

Resulta destacable el grado de detalle con el que se regula en la Ley de garantías el funcionamiento del sistema de precios de referencia. El nivel de concreción en estos aspectos, más propios de un reglamento, dificultará que en el futuro se establezcan medidas de financiación pública basadas en la comparación. En otras palabras, la Ley ha buscado intencionadamente limitar las posibilidades, actuales y futuras, de los pagadores públicos para utilizar el valor terapéutico de los diferentes principios activos para una misma indicación, y establecer un precio de referencia para conjuntos formados por equivalentes farmacológicos o terapéuticos. La limitación del sistema de precios de referencia a medicamentos con el mismo principio activo carece de justificación desde el punto de vista de la política sanitaria. Tampoco su desarrollo normativo ha dado respuesta al problema, tal vez ha contribuido a agravarlo aun más.

El continuismo en el sistema de precios de referencia para los genéricos es demasiado importante como para pasar inadvertido, especialmente después de la experiencia de varios años en su aplicación. Por ejemplo, hay serias dificultades para que la competencia de precios de salida de fábrica se traslade a los precios de venta al público, el número de genéricos entrantes se ve frenado por la aplicación de precios de referencia y el impacto agregado de la aplicación sucesiva de los mismos sobre el gasto en el mercado de un fármaco concreto, acaba por ser escaso debido a respuestas estratégicas de la industria que modifican las cantidades de fármaco dispensadas, tanto de los sujetos al sistema de precios de referencia como de los no incluidos en él.

Del mismo modo, la exclusión de la financiación pública de los medicamentos afectados por el sistema de precios de referencia que no reduzcan su precio hasta el de referencia, por la vía de la sustitución obligatoria, es una medida innecesaria y poco eficiente. Poco eficiente debido a que en muchos casos contribuye a hacer perder a los genéricos la única ventaja que tienen, su menor precio, haciendo buena la afirmación de que «los genéricos pagan el precio de ser referencia». Innecesaria, ya que sólo obedece a la fijación por evitar que el sistema de precio de referencia permita la existencia de un «copago» evitable por parte del paciente, como sucede en la mayoría de los países que aplican este tipo de sistemas.

A efectos del cálculo del precio de referencia, la Ley de garantías mantiene, también con mucho detalle, el sistema basado en la media de los tres productos con el menor coste por día de tratamiento. En este sentido, sería razonable tener en cuenta sólo los costes de las especialidades con una mínima cuota de mercado, ya que, en caso contrario, el precio de referencia podría

llegar a estar fuertemente influenciado por el precio de productos sin ventas o con ventas insignificantes. Por otro lado, cabe insistir en la inadecuación del uso de la dosis diaria definida para calcular el precio de referencia; este criterio conduce a una linealidad de precios, doble número de unidades doble precio, doble dosificación doble precio, lo cual no se justifica por el comportamiento de los costes y favorece la concentración del esfuerzo promocional en los envases de más unidades y mayor dosificación por unidad.

La frecuencia con la que se actualiza el precio de referencia, y con la que se extiende el sistema a otros principios activos, es muy importante para valorar el impacto de esta política. La Ley de garantías mantiene la discrecionalidad política respecto a ambas decisiones. En aras de la transparencia y equidad en la regulación del sistema de precios de referencia sería más adecuada la actualización periódica y automática del sistema, aspecto que tiene mejor en cuenta el hecho de que el precio de los genéricos es mucho más bajo cuando ya han entrado en el mercado muchos competidores que cuando sólo se dispone del primer genérico¹¹⁴. Por otro lado, la entrada de un principio activo dentro del sistema de precios de referencia también debería ser automática a partir de la autorización del primer genérico. Poca transparencia ha habido hasta ahora cuando se ha retrasado hasta dos años, por ejemplo, la aplicación del sistema a un principio activo líder de ventas.

El mercado interior global de medicamentos genéricos se valora, actualmente, en 720.000 millones de dólares estadounidenses, con un crecimiento de una tasa anual del 5%, dato que, en Europa, supone la cantidad de 236.000 millones de dólares americanos, que crece a una tasa de un 5,8%¹¹⁵. Sin embargo, por extraño que pueda parecer, tal vez debido a la falta de credibilidad, el empleo de medicamentos genéricos en España es inferior al del resto de los países europeos. Alemania, Francia e Italia encabezan el ranking de consumo de genéricos.

Aunque los medicamentos genéricos representan más del 50% de la demanda de medicamentos en Europa, debido en parte a la entrada de nuevos medicamentos genéricos, tan sólo representan un 18% del total de la factura. Tal vez sea necesario considerar que las diferentes políticas de precios, los niveles de sustitución y reembolso, son elementos esenciales del mercado de genéricos. Países como Francia o Italia vinculan el precio del medicamento genérico directamente al del medicamento innovador; mientras que otros, Reino Unido por ejemplo, posibilitan una libertad relativa de precios en función del precio de la competencia.

El crecimiento del mercado español de genéricos en los tres últimos años se ha ralentizado. El mercado de genéricos representa un 7,5% del mercado total de medicamentos, un 14% del mercado no protegido y un 36% del mercado sometido al sistema de precios de referencia; sin embargo, en marzo del 2010, se ha producido un cambio de tendencia en el uso de los genéricos, con un crecimiento, hasta octubre de 2010, de un 23,4%. La aplicación del Real Decreto Ley 4/2010, que supone una reducción del precio en un 25%, ha producido un desfase en la evolución de los genéricos.

Las distintas Comunidades Autónomas han impulsado medidas conducentes al ahorro fomentando, en sus respectivos ámbitos territoriales, la prescripción de medicamentos genéricos; no obstante, las cifras de crecimiento pueden inducir a los pagadores a error puesto que, generalmente, se desconoce que por cada aumento de un euro en medicamentos genéricos se ahorran casi tres en el gasto total de medicamentos.

Las consideraciones teóricas expuestas se avalan con el análisis de los datos del mercado farmacéutico y su evolución en los últimos años. Las ventas de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente aumentaron un 7,3% en 2006, alcanzando la cifra de 12.153,7 millones de euros, a precio de venta de laboratorio. De dicho total de ventas, el 76,2% se realizaron a través de oficinas de farmacia y el resto a través de hospitales. Los crecimientos registrados en el año 2006 han sido del 6,2% en el canal de las oficinas de farmacia y del 10,5% en el canal hospitalario.

Centrándonos en el mercado de oficinas de farmacia, el 96,4% de las ventas corresponde a medicamentos de prescripción; la reducción del precio de venta del laboratorio en un 2%, desde marzo del año 2006, ha dado como resultado un incremento del mercado total del 6,7%, que, exceptuando el del año 2005 en el que tuvo lugar otra reducción general de precios de un 4,2%, es el crecimiento más bajo de los últimos años.

En diciembre de 2009 estaban disponibles en las oficinas de farmacia de España un total de 4.090 presentaciones comerciales de equivalentes farmacéuticos genéricos, para un montante de 147 principios activos. Esto supone que había una media de 27,8 presentaciones por cada principio activo.

Se ha experimentado, con relación a mayo de 2000, un incremento muy importante en el número de principios activos, especialmente en las presentaciones comerciales, que se han incrementado en un 47,6%.

El farmacéutico, en el acto de la dispensación, está legalmente obligado a que, cuando el medicamento recetado tenga un precio superior al de referencia, si existe un genérico en el mismo conjunto, debe sustituir el medicamento prescrito por el genérico de precio igual o inferior a los expuestos en el anexo III de la orden de precios de referencia publicada en septiembre de 2007¹¹⁶. La orden ministerial SCO/2874/2007 regula la actuación del farmacéutico, impidiendo la sustitución en el caso de los medicamentos biológicos, como por ejemplo las insulinas, los medicamentos para el aparato respiratorio administrados por vía inhalatoria, los medicamentos que contengan principios activos considerados de estrecho margen terapéutico y los de especial control médico¹¹⁷.

En síntesis, los medicamentos genéricos desempeñan un papel fundamental en la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud; cuentan con la ventaja de ofrecer, con un precio más bajo, la misma calidad y eficacia que los medicamentos de referencia y poseen una seguridad contrastada, ya que están avalados por años de experiencia.

Es lógico, por tanto, que el impulso a los medicamentos genéricos esté siendo uno de los objetivos prioritarios, en materia de política farmacéutica, del Gobierno de España, cumpliendo así los objetivos establecidos tanto en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica, como en la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Una de las actuaciones más destacadas ha sido la puesta en marcha, por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de un plan de choque específico para agilizar los procesos de evaluación y autorización de genéricos con el fin de conseguir una mayor presencia de estos medicamentos en el mercado. Para ello se ha reforzado la plantilla de técnicos de la Agencia con el fin de incrementar su capacidad evaluadora.

Sin menoscabo del aserto precedente, cada día las normas regulatorias son mayores para los medicamentos genéricos: exigencia de farmacovigilancia, introducción en el material de acondicionamiento del sistema de escritura braille, actualizaciones periódicas de seguridad y aseguramiento de la calidad lo que, sumado a un aumento de costes y a una exigencia cada vez mayor de adoptar medidas tecnológicas de seguridad contra los medicamentos falsificados, el ajuste de precios se hace difícil. Aún así, aproximadamente un 70% del importe total de ingresos, por tasas, de las agencias estatales de medicamentos provienen de las aportadas por los laboratorios fabricantes de medicamentos genéricos.

Educación para consumir debería ser algo exigible, pues repercutiría en términos no sólo económicos, ahorro en el gasto, sino de salud. Tal vez ésta sea la filosofía que ha inspirado a las autoridades sanitarias a promover la educación de profesionales, consumidores y pacientes en el fomento de los medicamentos genéricos, mediante medidas de sensibilización social y de promoción de estos fármacos; sirva de ejemplo el programa de formación para médicos y farmacéuticos y la difusión de campañas informativas dirigidas a la población, realizada en noviembre de 2008 bajo el lema «Medicamentos genéricos: nos beneficiamos todos», que contó con un presupuesto de 1,2 millones de euros.

A pesar de todos los esfuerzos realizados, la cultura de los genéricos dista mucho de ser la deseable. Según el Barómetro Sanitario 2009, un 72,5% de los españoles sabe qué son los genéricos y un 78,5% afirma que aceptaría de buen grado uno de estos medicamentos si se lo recetara su médico, aunque un 11,3% declara que trataría de conseguir que su médico le recetase uno de marca.

Presumiblemente sea necesario insistir en la educación para el conocimiento y uso racional de los medicamentos genéricos, porque de hecho el genérico, frente a la opinión pública, plantea una aparente ambigüedad debido a que, aunque la definición legal es meridianamente clara, si se lee con el suficiente detenimiento, crea confusión al exigir que el medicamento genérico demuestre su equivalencia terapéutica con la formulación de referencia, ya que casi diez años después de la entrada en vigor en España de la regulación legal de los medicamentos genéricos, todos los profesionales sanitarios saben que los ensayos clínicos de bioequivalencia no evalúan ni comparan el efecto terapéutico de los fármacos estudiados, sino sólo —y es suficiente— su comportamiento farmacocinético.

Pese a los más de doce años de vida de los genéricos en España, sigue existiendo una corriente en la opinión pública que piensa que, al ser medicamentos más baratos —por ese erróneo concepto, pero subyacente en una mayoría de la población, de que lo más barato no es lo mejor—, su calidad puede ser menor que la de los fármacos originales y, en consecuencia, también menor su eficacia y su seguridad.

Aún no es infrecuente que muchos profesionales sanitarios desconozcan los fundamentos técnicos que requiere la demostración de bioequivalencia, e incluso crean que resultan insuficientes sin la exploración de una prueba similar en lo que se refiere al efecto farmacológico o terapéutico. Parece lógico, por lo tanto, que se revisen cuáles son las particularidades de los ensayos clínicos de bioequivalencia farmacocinética y por qué motivos pueden ser

utilizados con las adecuadas garantías para establecer si un fármaco ha de considerarse, o no, como genérico de su producto de referencia.

La variabilidad entre un genérico y su marca de referencia posee escasa relevancia clínico-terapéutica para medicamentos cuyos principios activos están dotados de una amplia ventana terapéutica, por ejemplo muchos antibióticos, antiácidos, algunos antihistamínicos, vitaminas y algunos analgésicos. Las dosis de estos fármacos suelen ser elevadas, de aquí que las posibles diferencias de absorción enteral no debieran ocasionar cambios relevantes en su eficacia terapéutica o tóxica. Sin embargo, en fármacos que poseen un margen terapéutico reducido, que sufren un metabolismo presistémico importante, o que necesitan un ajuste de dosis frecuente, la demostración rigurosa de la existencia de bioequivalencia entre el preparado de referencia y el genérico tiene la máxima importancia clínica; tal ocurre con algunos fármacos de las áreas de los sistemas nervioso y endocrino, y también con algunos broncodilatadores, diuréticos y anticoagulantes orales.

Puede darse la circunstancia que dos medicamentos genéricos sean bioequivalentes con el original pero que, por estar en los límites, superior e inferior, de lo que se acepta legalmente, no sean equivalentes entre sí. Este hecho, unido a la aprobación masiva de medicamentos genéricos, tiene una trascendencia crucial ya que habilita a las oficinas de farmacia a tener el control de la dispensación de medicamentos genéricos. Es imposible almacenar todos los medicamentos genéricos de un mismo principio activo, por lo que la administración de los mismos depende del genérico disponible, en ese momento, en la oficina de farmacia. Como consecuencia de ello, no se puede garantizar la prescripción del médico; éste pierde la supervisión sobre la medicación administrada, por lo que la prescripción de medicamentos genéricos puede comprometer la seguridad de los pacientes.

Especial atención hay que poner cuando la prescripción de medicamentos genéricos se realiza en periodos de escalado de dosis; siempre se debería tener en cuenta que los escalados de dosis se hicieran con el mismo medicamento, sin embargo, debido a que la sustitución de medicamentos genéricos está permitida, este hecho no puede ser garantizado.

Otro aspecto, y no menos importante, es que la bioequivalencia no implica la «bioapariencia»; es decir, la forma, el tamaño y el color del medicamento genérico no tiene por qué coincidir con el fármaco de referencia que, tradicionalmente, han venido utilizando el paciente. La población anciana, uno de los colectivos más frágiles de la sociedad, es una de las más afectadas por la

«bioapariencia»; los pacientes ancianos con trastornos psiquiátricos, por ejemplo, pueden mostrar comportamientos hostiles como consecuencia de la prescripción de nuevos fármacos genéricos con colores, tamaños y formas diferentes a los que estaban acostumbrados.

Este nuevo escenario plantea, al menos, algunos interrogantes: ¿hasta qué punto es válido optar por ciertos medicamentos genéricos por el sólo ahorro económico?, ¿qué se arriesga? Hay múltiples ejemplos que ilustran el impacto negativo en la salud del paciente cuando ocurre un fracaso terapéutico, el coste económico para el paciente o el sistema de salud al requerir atención médica de rescate; la decepción moral del paciente por no alcanzar el control o cura de la enfermedad en cuestión; la potencial pérdida del prestigio y confianza en el médico al no lograr una mejora en la salud del paciente, son aspectos a tener presentes.

La regulación del precio del medicamento genérico no está exenta de impacto en la industria farmacéutica. La industria farmacéutica se constituye como el principal garante de la innovación en nuestro país; hemos de considerar que este sector mantiene el liderazgo en investigación, así como el segundo lugar en las actividades de I+D+i, tras el sector automovilístico. Sin embargo, y a pesar del esfuerzo realizado, el crecimiento anual se encuentra inmerso en un notable, y preocupante, proceso de desaceleración. La solución para el sector industrial vendría definida en un mercado con un crecimiento sostenible, alineado con el ritmo de crecimiento del PIB, que no se vea afectado por medidas coyunturales de contención del gasto —que desalientan y distorsionan la planificación de las inversiones del sector— y en clima general propicio a la innovación que cuente con un buen sistema de incentivos en el ámbito de la propiedad industrial, tratamiento fiscal y financiación de la I+D.

Uno de los aspectos que contribuye a crear incertidumbre en la industria farmacéutica, y por tanto repercute negativamente en los planes de I+D de ésta, es el nuevo concepto de «comercialización efectiva», introducido en el artículo 21 de la Ley de garantías; la Ley concede un plazo de tres años para que el laboratorio titular proceda a la comercialización del nuevo medicamento, de tal manera que si esto no ocurre la autorización del medicamento en cuestión se entenderá caducada. Para la industria farmacéutica fabricante de medicamentos innovadores, esto puede suponer la suspensión de registros en los cuales se han invertido muchos recursos. En el caso de la industria de los genéricos la pérdida es menor, dado que los procedimientos de registro de medicamentos genéricos son más ágiles y simples que los de medicamentos innovadores. Por otra parte, para los prescriptores, dispensadores y usuarios,

la aplicación de esta cláusula puede dar lugar a errores, ya que en las bases de datos de medicamentos suelen aparecer todos los medicamentos autorizados, con precio y condiciones de financiación establecidas, pero estas bases no son concordantes con la realidad del mercado, dado que los medicamentos registrados no coinciden con los medicamentos comercializados.

Las bases de datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, responsable de la autorización de comercialización e inscripción en el registro de medicamentos, junto a las de algunas de las principales distribuidoras farmacéuticas, nos han permitido establecer la relación entre los medicamentos autorizados y su comercialización efectiva: prácticamente la mitad de los medicamentos genéricos de uso humano autorizados no han sido comercializados. Este hecho no es casual, sucede tanto en España como en otros países comunitarios; ante este panorama, la Comisión Europea presentó, el 28 de noviembre de 2008, un informe en el que la apuesta por impulsar el mercado de medicamentos genéricos es compartida por organizaciones e instituciones sanitarias y sociales de gran relevancia, cual la *European Generic Medicines Association*; en él se afirma que los genéricos, vendidos entre un 20% y un 80% por debajo del precio del producto de referencia, están generando un ahorro de 13 billones de euros anuales para los sistemas de salud europeos.

La relación entre la tasa de autorización de un medicamento y su comercialización efectiva es un importante dato a tener en cuenta, que requeriría el análisis pormenorizado de cada uno de los medicamentos autorizados y no comercializados y su por qué. Aunque las estrategias empresariales obedecen a causas de diferente índole, y no sólo a los aspectos sanitarios, la realidad es que, en la actualidad, en términos cuantitativos, los medicamentos genéricos son, obedeciendo a las líneas estratégicas establecidas en la política sanitaria, los que acumulan mayor número de autorizaciones de comercialización concedidas.

Es cierto que todavía son muchos los retos de los medicamentos genéricos a los que se enfrenta el sector europeo, algunos de ellos derivados de las políticas regulatorias del precio, del incremento de costes y de la constante fluctuación de precios en el mercado; a ello se une la desigual política sanitaria de los Estados miembros y sus diferentes ventajas fiscales, lo que provoca una competencia disímil entre distintas regiones geográficas.

Otros escollos importantes son las limitaciones existentes en el momento de impedir la caducidad de la patente y el impacto de los métodos de licitación pública introducidos por Alemania, Dinamarca y los Países Bajos, medidas que pudieran considerarse cortoplacistas, y que frenarán la inversión, no sólo

en potenciales genéricos sino también en las moléculas y productos biosimilares más complejos.

A todo ello habría que añadir el potencial y sustancioso mercado de genéricos que, para China e India, representa Europa. La puesta en el mercado de genéricos procedentes de los referidos países, a un precio de fabricación casi marginal, repercutirá negativamente en la industria europea, en clara desventaja al respecto.

Otro tema que no ha de pasar inadvertido son los «medicamentos copia» de los innovadores biotecnológicos, es decir los biosimilares, con un crecimiento muy grande respecto a los demás fármacos pero cuyo coste es considerado alto, aunque justificado por los ensayos clínicos, la implementación de los planes de gestión de riesgos y el costoso lanzamiento al mercado, entre otras causas. Un proceso complejo, y necesario, debido a la falta de conocimiento e información de los consumidores respecto a los biosimilares, con las reticencias que ello conlleva, agravado por la incertidumbre en torno a grandes y complejas moléculas, los anticuerpos monoclonales por ejemplo, lo que encarece en exceso su, casi, obligada promoción. Desde este conocimiento, la necesidad de su empleo y el consiguiente ahorro, inspira las acciones que en Europa se están llevando a cabo tanto en normas regulatorias como de la transparencia de sus procedimientos de registro. ¡Un reto más para Europa!

En síntesis, el estado del bienestar y el derecho a la protección de la salud exige medicamentos seguros, eficaces, de calidad y con la debida información, y así está recogido en el vigente ordenamiento jurídico. Pero a ello añadiríamos al menor coste posible, individual y colectivamente; si la prescripción por principio activo o por equivalente farmacéutico genérico o por biosimilares va en esta dirección, bienvenida sea y aunque lo de se «hace camino al andar...» sea un hecho cierto, todavía hemos de recorrer un largo trecho si queremos alcanzar la meta.

Medicamentos falsificados

*«Las páginas sobre las que se escribirá
nuestro futuro no son blancas,
están marcadas por líneas de nuestro pasado».*
Julius Robert Oppenheimer

Uno de los problemas, hace años impensable, es la progresiva aparición en el mercado de medicamentos falsificados, medicamentos considerados clandestinos según la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios pues, al no estar registrados, y por ello carecer de la correspondiente autorización de comercialización otorgada bien por la Agencia Europea de Medicamentos bien por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, su distribución, comercialización y publicidad están prohibidas¹¹⁸.

La Organización Mundial de la Salud definió los medicamentos falsificados como «aquellos en cuyo etiquetado se incluye, de manera fraudulenta, información falsa acerca de su identidad y de su origen». Esta inicial definición ha sido varias veces modificada. Actualmente, el Consejo de Europa considera medicamento o producto sanitario falsificado: «a todo aquel que contenga o exhiba información falsa sobre su identidad, historial, fuente o procedencia. Esto también es aplicable al producto, su envase, cartonaje u otra información».

En una sociedad huérfana de valores, en la que el respeto a las normas deontológicas no es exigible —al no estar en la mayoría de los países aprobadas como norma legal— y en la que, en líneas generales, priman los intereses económicos, proliferan este tipo de actuaciones tendentes a engañar; actuaciones que, si son condenables en cualquier tipo de producto, en las falsificaciones de medicamentos lo son aun más, porque no sólo van en detrimento del peculio de la persona que los adquiere, también de su salud, a la que pueden perjudicar, a veces de forma irreversible, llegando a ser su utilización mortal en algunos casos.

Medicamentos falsificados se comercializan en todos los lugares del planeta, es un negocio muy rentable, cada día mayor. Referirse a cifras en términos absolutos no es tarea fácil puesto que el problema radica en que, al ser una actividad considerada como clandestina en nuestro ordenamiento jurídico, es de difícil evaluación en términos numéricos¹¹⁹; estimaciones de la Organiza-

ción Mundial de la Salud apuntan que, en líneas generales, el 10% del mercado mundial de los medicamentos son falsificados, porcentaje que podría llegar al 50% en países en vías de desarrollo y alcanzar tan sólo un 1% en los más desarrollados, lo cual es lógico, ya que los falsificadores procuran abastecer mercados en los que la dificultad de sortear obstáculos legislativos sea casi nula. Es por ello por lo que, en países poco desarrollados, en los que la pobreza va de la mano con la ausencia de sistemas oficiales de suministro de fármacos y paralela a la ausencia de control y supervisión del mercado de medicamentos, los estafadores encuentran el deseado caldo de cultivo para introducir todo tipo de medicamentos falsificados.

El aserto precedente no debe llevarnos a concluir que en los países más desarrollados, con agencias reguladoras de la autorización de comercialización de los medicamentos, el fraude no se produce. Nada más lejos de la realidad, es más difícil, sí, pero se observa día a día un creciente consumo de los medicamentos falsificados. Cabría reflexionar sobre el por qué en estos países, en los que el acceso a la información no ofrece excesivas dificultades y en los que el nivel educativo poblacional es alto, se compran estos productos. El canal de adquisición de estos medicamentos no lo constituyen las oficinas de farmacia, sino otros diferentes a los legalmente autorizados para la distribución y dispensación. En mi particular criterio, son varias las razones que concurren en el comercio de estos medicamentos: de índole económico, a veces son más baratos; problemas de intimidad, los medicamentos falsificados más demandados están relacionados con disfunciones o patologías derivadas de un estilo de vida: tabaquismo, obesidad, insomnio, disfunción eréctil, cierto canon de belleza y aumento del rendimiento deportivo, sirva de ejemplo el uso abusivo de anabolizantes; y una razón más: toda clase de facilidades para su adquisición, no es necesario ir a un médico prescriptor ni a una farmacia a solicitar la dispensación, Internet facilita la compra sin otra exigencia que el pago efectivo.

Esto no debe inducirnos a engaño, pensando que los medicamentos poseedores de las propiedades para contrarrestar disfunciones o adicciones antedichas son los únicos que se falsifican; desgraciadamente, cada vez es mayor el número y aplicaciones de los medicamentos falsificados, algunos de tan alto valor terapéutico como el *Oseltamivir*, las *Olanzapinas* o la *Bicalutamida*.

Todos los países desarrollados son conscientes de la importancia de este problema y, desde las competencias legales que se les otorgan, han adoptado

medidas para combatirlo; ahora bien, cabría preguntarse si la lucha contra este tipo de fraude es lo suficientemente eficaz a juzgar por la presencia en los mercados, cada vez mayor, de estos falsos fármacos.

La realidad es tozuda, los canales de venta suelen ser los medios telemáticos, motivo por el cual es bastante fácil, para las organizaciones que operan por esta vía, sortear todo tipo de controles administrativos realizados por los diferentes organismos reguladores; incluso los beneficios económicos son tan grandes que a los falsificadores les interesa seguir falsificando puesto que, cuando se actúa y detecta su execrable actividad, y se les impone la correspondiente sanción, civil y en su caso penal, es tanto el dinero ganado que les permite seguir vendiendo las falsificaciones, a veces tan bien hechas que es casi imposible, con el sentido de la vista, distinguir el medicamento autorizado y el falsificado.

Ciñéndonos al problema en España, la realidad es que en los canales legalmente autorizados para la fabricación, distribución, conservación y dispensación de medicamentos no se han detectado medicamentos falsificados; no así en canales como Internet, en los que la oferta y venta de medicamentos, aunque prohibida, es cada día mayor.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, consciente de este problema, que constituye delito en el que se encuentran afectados diferentes agentes: corporaciones locales y autonómicas, almacenes de distribución, laboratorios farmacéuticos, profesionales sanitarios, aduanas, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, ha elaborado un documento que ha dado en llamar *Estrategia frente a medicamentos falsificados (2008-2011)*, cuyo objetivo fundamental no es otro que la lucha contra el fraude, aunando esfuerzos de todos los agentes referidos, potenciando el trabajo de todos en la misma dirección¹²⁰. Las tres bases sobre las que se asienta la estrategia diseñada son:

1. La necesaria cooperación de todos y cada uno de los sectores implicados, sanitarios o no.
2. Intercambio rápido y permanente de la información, tanto entre los sectores implicados como entre las autoridades de otros países y con los organismos internacionales o supranacionales pertinentes.
3. Formación adecuada en esta materia de los distintos profesionales implicados, incrementando la información dirigida al ciudadano que le permita conocer el problema.

Por ello no olvida la importancia de proteger a los pacientes, evitando que puedan llegar a consumir medicamentos falsificados, es decir impedir que los medicamentos lleguen al mercado español. Para lo que, en el documento, se establecen tres objetivos específicos:

- a) Reforzar las medidas de control existentes con el fin de evitar la entrada en el mercado de medicamentos falsificados y su distribución en territorio español y, en particular, en el canal farmacéutico.
- b) Establecer un sistema de vigilancia e investigación que permita la detección precoz de la presencia, en el territorio español, de medicamentos falsificados.
- c) Implantar un sistema de comunicación y retirada ágil del mercado de los medicamentos falsificados, una vez que se ha confirmado su existencia.

En todas estas actuaciones el papel del farmacéutico es imprescindible, de aquí la necesidad, reiteramos, de una formación adecuada que en el momento presente es posible y está fomentada gracias al acuerdo suscrito por la máxima representación colegial, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Ministerio de Sanidad.

En este mismo sentido, otras instituciones, Farmaindustria por ejemplo, están actuando para prevenir la venta de medicamentos falsificados vía Internet. Si estas medidas son buenas, coincidimos en señalar la importancia de recoger esta actividad dentro del *corpus* del Código Penal, a fin de tipificar estas conductas como delitos¹²¹.

Esperemos, esperanzadamente, que estas loables medidas, que consideramos necesarias y obligatorias para la protección de la salud, y que están siendo puestas en práctica por extraordinarios profesionales, permitan erradicar, o al menos aminorar, las graves consecuencias de este delictivo fraude.

En síntesis: medicamentos, sí; seguros, eficaces y de calidad, debidamente informados, pero nunca falsificados. Las competencias del Estado para salvaguardar nuestro derecho constitucional de protección a la salud exigen la adopción de éstas, u otras, medidas al respecto.

La industria farmacéutica

*«Ya viene la noche.
Golpean rayos de luna
sobre el yunque de la tarde
Ya viene la noche».*
Federico García Lorca

La industria farmacéutica es, en términos económicos y de rentabilidad social, una de las más importantes del mundo. Tal vez hoy tendríamos que hablar del término unívoco de «industrias farmacéuticas»; de medicamentos de fabricación industrial de uso humano, de uso veterinario, de genéricos, de autoconsumo de materias primas, de diseño de fármacos, etc.

La crisis económica y financiera, que se inicia en Europa en la segunda mitad del año 2007, ha sido especialmente dura en el año 2009 con una caída real del PIB del $-4,2\%$, fue particularmente intensa en el primer semestre del año, aunque con posterioridad ha experimentado un cierto repunte en países como Reino Unido, Alemania y Francia, que les ha permitido salir de la recesión en la que estaban inmersos¹²².

No sólo Europa se ha visto sacudida por dificultades económicas, otros países, como Japón y los Estados Unidos de Norteamérica, también han visto caer su PIB. Las excepciones han sido India y China, cuyo PIB creció, lo que ha contribuido a que la fuerte recesión de los países más desarrollados, a nivel global, quede diluida.

Es evidente que la caída de la actividad productiva supone un aumento del desempleo, muy a tener en cuenta en el momento que estamos viviendo por las repercusiones, de toda índole, que puede desencadenar.

En España, los más de 600 laboratorios titulares, fabricantes, exportadores, fabricantes de materias primas y medicamentos, tanto de uso humano como de uso veterinario¹²³, suponen una actividad económica y puestos de trabajo que contribuye activamente al desarrollo económico y social de nuestro país; es por ello un sector estratégico a considerar, como generador de valor para la sociedad¹²⁴.

El relevante mercado farmacéutico español representa, por volumen de ventas, el cuarto en importancia de Europa, tras Alemania, Francia e Italia, el quinto en generación de empleo y el sexto en términos de producción.

La I+D+i constituye «un factor fundamental de competitividad de una economía, y la base de su crecimiento futuro. En una época como la actual, marcada por las dificultades económicas, se hace más necesario que nunca apostar por un modelo de crecimiento sostenido cimentado en sectores de alta productividad e intensivos de I+D»¹²⁵.

En este sentido, la Unión Europea ha redactado un documento, *Estrategia de Lisboa*, en el que se recogen las medidas que han de tomarse para conseguir sus objetivos:

- 1.º Aumentar en la UE el gasto en I+D hasta alcanzar el 3% de su PIB.
- 2.º Lograr que provengan del sector privado, al menos, las 2/3 partes de este gasto.

Objetivos que, en el momento actual, son de difícil consecución en los países de la Unión. En España la dificultad se incrementa si consideramos que, en 2008, a pesar del esfuerzo realizado, tan sólo se invirtió en I+D un 1,35 % de nuestro PIB, y en el momento presente, con la crisis económica «perviviente», es todavía más difícil que este porcentaje aumente; no obstante, a pesar de ello, la industria farmacéutica, por su propia naturaleza, reúne las necesarias condiciones para presentar crecimientos sostenidos por encima de la media de un país.

Los resultados hablan al respecto; la industria farmacéutica lidera el ranking de I+D industrial, dato no baladí pues es el resultado de la gran inversión en investigación que hace en España, con una diferencia próxima al 50% de su inmediato seguidor.

Lo antedicho no excluye el imprescindible fomento de políticas incentivadoras en I+D; todas las industrias necesitan ayuda y estímulo a la inversión en tecnología punta. Abundando más en el tema, en 2009 la industria farmacéutica invirtió en nuestro país una cantidad próxima a los 1.000 millones de euros; sin esta inversión, presumiblemente, no se avanzaría en el hallazgo de nuevos fármacos, pero el esfuerzo ha de realizarse en un adecuado marco de estabilidad económica que permita a la industria seguir adelante con una adecuada planificación de sus inversiones. En consecuencia, si la industria no tiene beneficio industrial va a ser difícil invertir en I+D, lo cual supone, en definitiva, un perjuicio para la salud pública.

Las últimas disposiciones del Ministerio de Sanidad en lo relativo al medicamento, en mi modesta opinión y salvo mejor interpretación, no sólo no van en

esa dirección sino que —tal vez— lo hacen en sentido contrario. Los Reales Decretos Ley 4/2010 y 8/2010 y la Orden SPI/3052/2010 introducen unas medidas de contención del gasto que merman, sustancialmente, los recursos de las compañías farmacéuticas¹²⁶. Esto ha de ser, en principio, preocupante, porque supone una paralización de los proyectos de I+D, con lo que ello conlleva; sirva de ejemplo la menor oferta de medicamentos innovadores, condicionada a los resultados obtenidos por la industria farmacéutica que investiga.

De hecho, cuantitativamente, el número de nuevos medicamentos lanzados al mercado en los últimos años muestra una clara reducción como consecuencia, no sólo de la mayor complejidad de la I+D farmacéutica, sino de los crecientes costes. Esto supone un cambio importante en el enfoque del sector, que deberá recuperar la I+D o, tal vez, rediseñarla.

Es conveniente recordar que la oferta de medicamentos está influenciada por las medidas intervencionistas de la administración; y ésta muestra una tendencia, en el ámbito europeo, de introducir criterios adicionales a los ya clásicos de eficacia, seguridad y calidad, tales como eficacia comparativa, efectividad clínica, efectividad económica e impacto presupuestario.

La industria farmacéutica se ve afectada, además, por la demanda de medicamentos entendida, desde el punto de vista sanitario, como la carga global de enfermedad, expresada en millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad. De este modo, patologías cuales el SIDA, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, la tuberculosis o la malaria alcanzan magnitudes superiores, en todos los casos, a los 30 millones anuales de vida perdidos. En algunos casos se trata de una demanda que no podrá satisfacerse en las actuales condiciones del mercado.

Muchas de las causas de mortalidad en el mundo podrían ser erradicadas con una política adecuada de acceso a los medicamentos, ya no innovadores simplemente genéricos, y la industria farmacéutica, junto a otros agentes, están concienciados de ello; pero en un mundo globalizado sería bueno pasar de la concienciación a la actuación, que se nos presenta como necesaria y urgente.

En nuestro entorno, la demanda sanitaria viene condicionada por la carga de la enfermedad, pero también por las crecientes expectativas de la sociedad de alcanzar un mayor estado de bienestar que le permita disfrutar de una mayor calidad de vida, para lo cual se necesita un sistema político capaz de fomentar y culminar dichas aspiraciones.

El choque entre el esfuerzo de la industria farmacéutica por generar la mayor demanda posible, la introducción de nuevas tecnologías, cada vez más gravosas, las expectativas de los pacientes, la incorporación progresiva de beneficiarios al Sistema Nacional de Salud y la creciente presión sobre los gestores del mismo, sometidos a restricciones presupuestarias ajenas a los cambios demográficos y al crecimiento de la demanda, hacen que el uso de los medicamentos se encuentre en el «ojo de un huracán» que arrastra a todos los agentes implicados, lo que conlleva profundas repercusiones sanitarias y económicas.

En los países industrializados la demanda de medicamentos se ve potenciada por los propios sistemas políticos, a través del desarrollo de medidas conducentes a que la población conozca su derecho a un acceso, ilimitado y gratuito, de las prestaciones sanitarias; sin embargo, no promueven políticas reales de educación sanitaria, ni tampoco existen directrices claras sobre el uso de los recursos sanitarios por parte de la población.

La industria farmacéutica hace un esfuerzo de información y promoción, lo cual aporta un valor real a los consumidores, en la mejora del conocimiento de las diversas patologías y de la terapéutica que ha de ser aplicada. Sin embargo, a veces, no se alcanzan los fines perseguidos, bien por la incapacidad de las prácticas de promoción de las compañías farmacéuticas para modificar los hábitos de prescripción, bien por la ligera tendencia a enviar el mensaje de la información científica del fármaco más en beneficio propio que en el de los pacientes. Por ello creemos que debería reforzarse el cumplimiento de los códigos de buenas prácticas para la promoción de los medicamentos.

Igualmente podrían plantearse nuevas teorías para una oferta más racional, mejorar por ejemplo la evaluación post-comercialización o, incluso, rediseñar la I+D; aunque sin una racionalización de los criterios de financiación pública, todo sería estéril.

Tal vez sería positivo el replantearse un nuevo marco de referencia entre la industria farmacéutica y la sociedad, en términos de proyectos conjuntos de cooperación con los países en vías de desarrollo, la investigación de enfermedades raras, la necesidad de medicamentos huérfanos, el análisis de los resultados en «salud» y de la eficiencia de los sistemas sanitarios; todo ello sin menoscabo de la aproximación a una demanda sanitaria más racional.

Es necesario avanzar en ésta u otras propuestas, puesto que la disyuntiva es clara: uso racional o uso racionado, y el riesgo es que este se realice a expensas de los grupos socialmente más desfavorecidos y se frene la innova-

ción, debilitando la capacidad de la industria farmacéutica para seguir invirtiendo en I+D, y todo ello en perjuicio de los millones de pacientes con patologías todavía no tratables, como hemos ya referido.

El momento es problemático y preocupante; a nuevos tiempos nuevas respuestas; tal vez, parafraseando a Miguel Hernández, sea necesario «crecerse en el castigo».

Papel del Estado en la financiación pública de los medicamentos

*«Vientos del pueblo me llevan,
vientos del pueblo me arrastran,
me esparcen el corazón
y me aventan la garganta».*

Miguel Hernández

Nada ha contribuido tanto al bienestar de la Humanidad como los medicamentos. En la cultura social europea, en la de nuestro siglo, damos por hecho que el acceso a los medicamentos, en especial a los innovadores, ha de ser inmediato. Escasamente reflexionamos en el coste que ello supone y los recursos económicos necesarios para la prestación de este servicio.

Dada la importancia de los medicamentos para el Sistema Nacional de Salud, la política farmacéutica desarrollada en nuestro país ha estado orientada tanto a asegurar la disponibilidad de los medicamentos, para satisfacer las demandas de los pacientes, como a contener el gasto en medicamentos derivado de la prestación farmacéutica¹²⁷.

El tantas veces referido derecho a la protección de la salud, recogido en los tratados internacionales y, consecuentemente, en la vigente Constitución Española, impulsa a los distintos gobiernos a establecer una política sanitaria conducente, dentro de los principios de equidad, calidad y participación ciudadana, a la promoción del uso racional del medicamento; concienciando simultáneamente a los distintos sectores implicados: empresarios, profesionales sanitarios y consumidores y pacientes, de la importancia del empleo de medicamentos de menor coste, con la consiguiente promoción del empleo de medicamentos genéricos¹²⁸.

La situación de bienestar alcanzado en nuestro país se hace cada día más gravosa para el Estado; el incremento del gasto sanitario, y de este el consumo de medicamentos, constituye una parte importante de los presupuestos públicos, siendo su montante cada día más elevado y con una clara tendencia al alza, no sólo en España sino en toda la Unión Europea. Este aumento del gasto es consecuencia, entre otros factores, del incremento del número de afiliados a la Seguridad Social, de una mayor expectativa de vida y, consecuentemente, de una población más envejecida y vulnerable a un mayor número de patolo-

gías, necesitada de una polimedición que, en términos económicos, repercu-
te en el incremento del gasto sanitario¹²⁹.

En consecuencia parece lógico que el Estado español adopte, sin que ello suponga merma alguna del bienestar social, medidas dirigidas a que la prestación de medicamentos por el Sistema Nacional de Salud se realice a precios razonables y con un gasto público ajustado, dentro de la necesidad de optimizar los recursos disponibles. Todo ello se posibilita mediante la financiación pública selectiva y no indiscriminada, atendiendo a criterios generales objetivos cuales: gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías, necesidades específicas de ciertos colectivos; utilidad terapéutica y social del medicamento, existencias de otros medicamentos u otras alternativas para las mismas patologías y grado de innovación del medicamento¹³⁰.

Por ello, la financiación pública de los medicamentos supone la intervención del Estado, tanto en las decisiones de inclusión o exclusión de medicamentos financiados a cargo del Sistema Nacional de Salud, como del establecimiento del precio al que éstos se financian. De aquí que puedan no ser financiados con fondos públicos aquellos grupos, subgrupos, categorías, clase de medicamentos o productos sanitarios cuya financiación pública no se justifique o, simplemente, no sea considerada necesaria; siempre bajo criterios de actualización y revisión periódica de la relación de medicamentos financiados, en función de la evolución de valores cuales uso racional, conocimientos científicos, aparición de nuevos medicamentos con mayor utilidad terapéutica, o reconocimiento de efectos adversos que hagan variar la relación beneficio/riesgo.

Medicamentos seguros, eficaces y de calidad, pero al menor coste posible, en una prestación farmacéutica casi universal, configurada con un determinado sistema de copago y auspiciando el fomento del uso racional del medicamento; tales han sido los principios que han inspirado, en España, la política farmacéutica de los gobiernos democráticos¹³¹.

Este planteamiento inicial ha ido evolucionando, de lo que dan cuenta los sucesivos documentos redactados a partir del año 2000. Desde 2004 ha regido un *Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud*, en el que se recoge el compromiso de diseñar un proyecto de nuevas actuaciones destinadas a garantizar la calidad de la prestación farmacéutica y a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos económicos destinados a su financiación. Éste ha sido un necesario elemento de partida para la adopción de las actuales medidas de contención del gasto en medicamentos, entre las que cabe destacar el sistema de precios de referencia¹³².

Como concepto, el precio de referencia es el valor máximo financiado por el Sistema Nacional de Salud para un determinado conjunto, entendiéndose por éste la totalidad de las presentaciones de los medicamentos financiados que tengan el mismo principio activo, y entre las que exista, al menos, un medicamento genérico; las presentaciones para tratamientos en pediatría constituyen conjuntos independientes; quedan excluidos de este sistema los medicamentos innovadores¹³³. El precio de referencia de cada conjunto se calcula en función del menor coste/tratamiento/día.

La Ley de garantías promulgada en 2006 sigue mostrando una excesiva regulación de los precios de los medicamentos, particularmente si nos comparamos con el entorno europeo donde algunos países, como Alemania y Dinamarca, tienen precio libre y otros, como Reino Unido o Países Bajos, mantienen un sistema mixto de regulación que les permite una mayor flexibilidad.

En nuestro país, el sistema de intervención de precios fija administrativamente el precio máximo calculado en función de su «coste». Los criterios restrictivos para la revisión de precios han provocado unos valores relativamente bajos en aquellos medicamentos que llevan mucho tiempo en el mercado, y un ritmo muy rápido de introducción de nuevos medicamentos, con lo que ello conlleva en la promoción, prescripción, dispensación y consumo, que les convierte en productos más caros.

Entiendo que la política de regulación de precios de los medicamentos nunca ha servido, en España, para controlar el gasto sanitario. Soy de la opinión que este puede controlarse en base a otros parámetros. La regulación actual es inadecuada, casi inservible si consideramos la tendencia europea a separar las decisiones de autorización de comercialización e inscripción en el registro de medicamentos del precio de los mismos.

Por otra parte, desde la aprobación, en el verano de 2006, de la Ley de garantías, y en un entorno económico de subida sostenida de la inflación, el Gobierno de España ha realizado sucesivas bajadas de los precios de medicamentos. La evolución negativa de la coyuntura económica española, y en especial el rápido deterioro de las cuentas públicas, ha provocado un plan de ajuste presupuestario para conseguir situar el déficit público en el 3% del PIB en 2013; este plan ha afectado al gasto en medicamentos y, en consecuencia, ha inspirado la promulgación de las medidas de contención del gasto público: Reales Decretos 4/2010 y 8/2010. A mi juicio, la aplicación de esta normativa puede ser perversa para la sostenibilidad del sistema, al reducir de tres a dos años el periodo de gradualidad al que pueden acogerse los titulares de

medicamentos originales para asumir la reducción de su precio hasta el de referencia, al igual que al señalar nuevo umbral mínimo del precio de referencia —que queda fijado en 1,56 euros—, y la reducción de un 30% del precio en medicamentos de los que no exista genérico en España pero sí lo tengan en cualquier estado miembro de la Unión Europea no sujeto a regímenes excepcionales o transitorios en materia de propiedad intelectual. A todo ello hemos de añadir la reducción obligatoria del 7,5% sobre el precio de venta al público de medicamentos no genéricos y no afectados por la aplicación del sistema de precios de referencia, al igual que sobre el precio de compra de los medicamentos adquiridos por los servicios de farmacia de los hospitales, los centros de salud y las estructuras de atención primaria.

En líneas generales, a efectos de la financiación pública, debería distinguirse el tratamiento regulatorio de las innovaciones con elevado coste de efectividad del resto de los fármacos. A los nuevos medicamentos sería conveniente pedirles no sólo eficacia respecto a placebo, sino eficacia relativa respecto a los medicamentos con los que va a «competir» o a sustituir. Los datos disponibles ponen en evidencia que, en muchos casos, la aportación del nuevo medicamento es demasiado pequeña en relación a su elevado coste.

Las decisiones de financiación pública, si queremos que los criterios de transparencia, equidad y eficacia sean reales, deben estar guiadas por la evidencia de la relación beneficio/riesgo y del coste completo del tratamiento, que no ha de ser confundido con el precio de venta del medicamento. El principal criterio de financiación pública de los medicamentos innovadores ha de fundamentarse tanto en la eficacia de la innovación como en la relación coste/efectividad.

El sistema de precios de referencia, como sistema de reembolso, persigue el control del gasto en medicamentos bajo la premisa de la reducción del precio pagado. Verdad a medias, a nuestro criterio, porque de las más de quince disposiciones regulatorias únicamente nueve han favorecido la consecución de los objetivos perseguidos. ¿Significa esto que el sistema de precios de referencia no es útil? Evidentemente hay argumentos a favor del actual sistema; por ejemplo su transparencia, pues no impone precios a las compañías farmacéuticas, cualquiera de ellas puede, en teoría, conservar su cuota en el mercado si aceptan el precio de referencia y, a diferencia de lo que sucede con las listas negativas, no impone ninguna restricción directa sobre la libertad de prescripción, siempre que los medicamentos se ajusten a los precios de referencia. En cualquier caso, lo que se pretende es mejorar la relación coste/efectividad, desde la consideración que la moderación del gasto público persigue el mantenimiento de la efectividad.

Tal vez la principal desventaja del sistema de precios de referencia sea la no consecución de la contención de los costes y, cuando ésta se logra, la duración es por un corto espacio de tiempo, presumiblemente porque la medida se aplica en una porción limitada del mercado que, en líneas generales, no es precisamente la que lidera el crecimiento del gasto. Como es lógico, las empresas afectadas por las pérdidas en los medicamentos sometidos a los precios de referencia intentan recuperar el quebranto aumentando los precios de los medicamentos no sometidos a dicho sistema, o desviando la prescripción hacia nuevos fármacos con precios más elevados; porque no es menos cierto que el sistema intenta controlar precios pero no analiza el aumento en el número de prescripciones ni el de los medicamentos prescritos.

Consideramos que, sin ninguna duda, la aplicación del precio de referencia en España ha tenido —y tiene— un efecto limitado en el control del gasto en medicamentos; pero el efecto en el sector farmacéutico no es bueno por las preocupantes consecuencias de él derivadas; además, la adopción de esta medida no está integrada en políticas farmacéuticas dirigidas a la contención del gasto sobre la base del uso racional de medicamentos, y se encuentra alejada de la única consideración real: la de carácter económico relacionada con la sostenibilidad del sistema de protección social existente en España, que tendría que pasar por una gestión más eficaz de los recursos públicos y una mayor racionalidad de la financiación.

Si únicamente son prioritarias las medidas económicas de control del gasto de medicamentos reduciendo su precio, sin considerar la importancia de los factores que influyen en su aumento y en el crecimiento del gasto, corremos el riesgo de que el uso racional de los medicamentos pase a convertirse en un «uso racionado» y la administración ha de analizar sus consecuencias, no en términos de ahorro, sino de pérdida en bienestar y salud.

La última disposición publicada antes de acabar 2010, la Orden SPI/3052/2010, encaminada a la contención del gasto público en medicamentos¹³⁴, puede conllevar una mayor desestabilización por el impacto de su aplicación; entendemos que no va a ser demasiado bueno para el sector farmacéutico y los efectos perjudiciales lo serán también para la economía española: pérdida de puestos de trabajo e incluso «huida» de muchas de las compañías farmacéuticas actualmente instaladas en nuestro territorio, al igual que la dificultosa viabilidad de muchas oficinas de farmacia. ¡El tiempo dirá!

EPÍLOGO

*«Voy con las riendas tensas
y refrenando el vuelo,
porque no es lo que importa llegar solo ni pronto
sino llegar con todos y a tiempo...»*

León Felipe

El momento actual de nuestra sociedad no es precisamente halagüeño, hemos de ser conscientes de las dificultades de toda índole que, a nivel mundial, la sacuden de modo convulso, asolando a su paso casi todo lo que encuentran.

Valladares de todo tipo: políticos, socio-económicos, culturales... dificultan el progreso, haciendo cada vez más asfixiante el aire que respiramos. Por ello se hace cada día más necesaria una catarsis, un cambio de atmósfera, más limpia, tal vez con oxígeno puro, en la que la respiración sea factible. Es necesario podar estructuras caducas y planteamientos que, si fueron válidos en otras épocas de extraordinaria bonanza económica, hoy no lo son.

Es preciso autoconvencerse de que los nuevos tiempos exigen planteamientos acordes a la nueva situación. Ante una crisis social y económica preocupante, hay que dar repuestas acordes a ella, si queremos salir cuanto antes del túnel y volver a ver la luz.

¿Es la Farmacia ajena a esta situación? Evidentemente no. La Farmacia —el medicamento y sus profesionales—, nosotros, los farmacéuticos, vivimos en la sociedad a la que prestamos nuestros servicios, esa es nuestra razón de ser.

Hoy más que nunca el farmacéutico es un profesional comprometido, que da —día a día— a la sociedad, a la que se debe, su ciencia y su peculio; y

fundamento el aserto precedente en que, en nuestra España, a la industria farmacéutica, a la distribución y al farmacéutico con oficina de farmacia entre otros, se les está dificultando, excesivamente, el ejercicio de su actividad profesional, cuando es uno de los colectivos mejor valorados por la sociedad, además de ser un elemento esencial para el buen funcionamiento de nuestro Sistema Nacional de Salud. En nuestra sociedad, el farmacéutico está infrautilizado y mal pagado; la optimización de recursos es baladí, puesto que somos especialistas en el ámbito del medicamento, como recoge la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, pese a lo cual se infravaloran, con excesiva frecuencia, nuestros conocimientos.

El Estado promueve, a través de la Ley de garantías dictada en 2006, el uso racional de medicamentos, aunque el desarrollo de esta norma llevado a cabo en 2010 parece indicar que lo que promueve —es mi particular criterio— es el uso «racionado» pues, si para mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud sólo priman los intereses económicos, mal van las cosas.

Fomentar su uso racional significa priorizar la asistencia sanitaria en todas sus vertientes, sin olvidar la educación de toda la población, tanto de los sanitarios como de los consumidores y pacientes.

En mi opinión, el primer paso es educar, estableciendo enseñanzas a ello encaminadas no sólo en los niveles universitarios sino desde la escuela infantil; nos llenamos la imaginación pensando que los nuevos planes de estudios de Farmacia —Bologna y el tan «cacareado» grado— van a resolver problemas de toda índole, cual panacea de nuestro siglo, al formar profesionales que «aprendan haciendo», lo cual es deseable, pero para ello hemos de enseñar a las personas mucho antes de su llegada a la universidad y, luego, disponer en ésta de los necesarios medios para cumplir los fines perseguidos, algo que hoy, al menos en muchas universidades, es ¡casi una utopía!

El farmacéutico es, también, un educador sanitario; valórese la labor de los docentes, la atención farmacéutica que diariamente se realiza en las oficinas de farmacia, una actuación tan necesaria como demandada. La presencia del farmacéutico, además de la correcta gestión del medicamento, ofrece garantías cuales son el origen del producto, las condiciones de almacenamiento y conservación, o las de poder detectar y corregir pequeñas incidencias. El farmacéutico se ocupa tanto del medicamento en sí como del consejo sobre su uso y esta actuación profesional, generalmente, no está remunerada.

Conviene recordar que el farmacéutico está capacitado, legalmente, para colaborar en los procesos fármaco-terapéuticos, analíticos y de vigilancia de

la salud pública ¿Por qué no se aprovecha lo suficiente este caudal de recursos humanos? No lo infravaloremos, facilítese la exigible formación continua. Propuestas formuladas en este sentido por algunas Comunidades Autónomas habrán de ser tenidas en cuenta.

Evitemos la agonía del sector farmacéutico, sirva de ejemplo la farmacia abierta al público. Reflexionemos sobre el salario de un excelente profesional sanitario, cual el farmacéutico, que no debería estar únicamente fijado en función de la dispensación realizada; un acto profesional calculado en porcentaje de margen de beneficio sobre el precio del medicamento, que resulta variable a criterio de las autoridades sanitarias; o lo que es lo mismo, una prestación farmacéutica sometida a un sistema de fijación de precios y condiciones de reembolso. Por eso considero justa la inclusión, en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y en algunos conciertos entre las Comunidades Autónomas con los Colegios profesionales Farmacéuticos del pago por acto profesional; la Comunidad de Madrid es buen ejemplo de ello.

¡Y qué decir de la industria farmacéutica!, tan necesitada, en mi modesta opinión, de un claro marco de estabilidad económica.

El unánime reconocimiento a la protección de la salud, recogido en los tratados internacionales de Roma, Maastrich, Lisboa, y en nuestra vigente Constitución, va más allá de la sola garantía de que los medicamentos sean seguros, eficaces y de calidad, dotados con la debida información. También es responsabilidad pública que ningún medicamento esté en el mercado sin la correspondiente autorización de comercialización, promover su uso racional, la lucha contra los medicamentos falsificados, el abastecimiento de los medicamentos necesarios, y no sólo por motivos económicos o de prevalencia de una patología, sino por la necesidad de erradicar el dolor y el sufrimiento de nuestro planeta Tierra. El especialista del medicamento, boticario o farmacéutico, profesional sanitario ayer y hoy, es pieza clave en este engranaje para asegurar el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Somos conscientes de que en momentos de crisis económica, como la que estamos sufriendo, es necesario optimizar los recursos; por ello la necesaria contención del gasto, el sanitario también, pero las medidas últimamente adoptadas al efecto por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los nuevos precios de referencia entre otras, y las dictadas por algunas Comunidades Autónomas, mediante la financiación selectiva de medicamentos y promoción de los más baratos, ponen en grave riesgo la calidad y pervivencia del servicio farmacéutico¹³⁵; un servicio necesario y muy valorado por la sociedad

y al cual, espero que no sea por impericia, se le está aplicando una política inadecuada y, por tanto, manifiestamente mejorable. ¡Este sería el reto!

En el momento actual la Farmacia necesita de un marco de estabilidad económica que permita su desarrollo, sin menoscabo del reconocimiento a la libertad de empresa en el marco de una economía de mercado; un marco adecuado para la prestación al ciudadano de un servicio de calidad, si bien es cierto que ello supone el esfuerzo colectivo y el concurso de todos, con las premisas de profesionalidad, eficiencia y equidad confluentes con el mantenimiento del bienestar social. En definitiva, aunar esfuerzos y voluntades lejos de individualismos aupados por bastardos intereses.

Evoco, de nuevo, los versos del gran poeta farmacéutico León Felipe «No es lo que importa llegar solo ni pronto sino con todos y a tiempo». Espero, esperanzadamente, que todos y a tiempo salvemos nuestro buque, «la Farmacia», de un anunciado naufragio.

No obstante, a pesar de la problemática situación actual, la realidad de la Farmacia, vista desde la Historia, se nos presenta más como una de las muchas tormentas que, a lo largo de su existencia, han sacudido a la profesión y de las que no sólo ha sobrevivido sino que ha salido de ellas fortalecida. Tal vez, dentro de unos siglos, nuestra actual situación será una simple anécdota de la que los historiadores de la Farmacia seguirán dando cuenta de su grandeza.

Reitero mi gratitud a todos ustedes, Excelentísima señora Presidenta, Excelentísimas señoras y señores Académicos, por la oportunidad que se me brinda, y la gran satisfacción que ello me produce, no menguada por el compromiso y responsabilidad que contraigo; porque para mí el privilegio de aprender es el mayor de los privilegios, puesto que conduce a la auténtica libertad, la libertad del conocimiento.

Por ello aquí estoy, para aprender.

Permítanme que pueda hacer mías las palabras de Baltasar Gracián:

«Tratar con quien se pueda aprender. Sea el amigable trato escuela de erudición, y la conversación enseñanza culta; un hacer de los amigos maestros, penetrando el útil del aprender con el gusto de conversar».

He dicho.

NOTAS

- ¹ Baltasar GRACIÁN. *Oráculo manual y arte de prudencia*. Barcelona: Debate, 2000 (cf. pág. 32).
- ² Santiago RAMÓN Y CAJAL. *Charlas de Café*. Madrid: Espasa-Calpe, 1978 (cf. pág. 161).
- ³ Juan Manuel REOL TEJADA. *El medicamento hoy: de la investigación a los aspectos socio-económicos* (Discurso leído en la sesión del día 14 de noviembre de 1991 para su ingreso como Académico de Número). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia, 1991 (cf. pág. 4).
- ⁴ José Luis SAMPEDRO. *Escribir es vivir*. Barcelona: Plaza y Janés, 2005.
- ⁵ Gregorio BAÑARES. *Filosofía farmacéutica o la Farmacia*. Madrid: Imprenta Real, 1804 (cf. pág. 1).
- ⁶ Emmanuel KANT. *Lo bello y lo sublime. Ensayo de estética y moral*. Madrid: Espasa Calpe, 1937.
- ⁷ Antonio MACHADO. *Poesías completas*. Madrid: Espasa Calpe, 1966 (cf. pág. 143).
- ⁸ José BERGAMÍN. *El cohete y la estrella*. Madrid: Índice, 1923.
- ⁹ El profesor Juan Esteve de Sagrera se ha ocupado, en varias de sus publicaciones, de este tema.
- ¹⁰ Javier PUERTO SARMIENTO. *La fuerza de Fierabrás*. Madrid: Just in Time, 2005; bajo el epígrafe «Los sanitarios y la literatura», anota textos de autores de nuestro Siglo de Oro que, con inteligencia, ironizan y ridiculizan la actividad profesional de médicos y boticarios (cf. págs. 105-115).
- ¹¹ Raúl GUERRA GARRIDO. *Cuaderno Secreto*. Madrid: El Aleph, 2003.
- ¹² Este mismo texto queda recogido por Benito DEL CASTILLO GARCÍA. «Cuaderno secreto (2003): crisol farmacéutico, de Raúl Guerra Garrido». En: Daniel Pacheco (ed.). *Raúl Guerra Garrido en el Ateneo de Madrid*: 181. Madrid: Ateneo de Madrid, 2008.
- ¹³ Santiago RAMÓN Y CAJAL. *Op. cit.*, nota 2 (cf. pág. 178).
- ¹⁴ Javier PUERTO SARMIENTO. *El mito de Panacea. Compendio de Historia de la Terapéutica y de la Farmacia*. Madrid: Doce Calles, 1997 (cf. pág. 360).
- ¹⁵ Rosa BASANTE POL y Guillermo FOLCH JOU. «La farmacia madrileña de la Plaza de Santo Domingo». *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, 136: 111-137. Madrid, 1983.
- ¹⁶ Antonio DE AGUILERA. *Exposición sobre las preparaciones de Mesué*. Alcalá de Henares: Juan de Villanueva, 1569.
- ¹⁷ Javier PUERTO SARMIENTO. *Op. cit.*, nota 14; en las páginas 585-594 desarrolla, de modo prolijo, este tema.
- ¹⁸ Cf. el artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 29-V-2003).
- ¹⁹ En España, ningún medicamento de fabricación industrial, tanto de uso humano como veterinario, puede estar en el mercado sin autorización de comercialización e inscripción en

el correspondiente registro de medicamentos; la autorización de comercialización la otorga bien la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, bien la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

El Real Decreto 824/2010, de 25 de junio, por el que se regulan los laboratorios farmacéuticos, los fabricantes de principios activos de uso farmacéutico y el comercio exterior de medicamentos en investigación (BOE 8-VII-2010), dedica los artículos 16-20 a la figura del director técnico: requisitos exigibles, titulación, formación, experiencia, incompatibilidades, directores técnicos suplentes y número de directores exigibles en función de las distintas plantas de fabricación.

²⁰ Rosa BASANTE POL. «Pedro Calvo Asensio: un político y farmacéutico liberal». *El Ateneo*, 21/22: 209-224. Madrid, 2009.

²¹ Sobre este tema hay abundante bibliografía; entre otros se han ocupado de él María del Carmen FRANCÉS CAUSAPÉ (*Estudio histórico de la especialidad farmacéutica en España*. Madrid: SEHF, 1975; «Especialidades farmacéuticas y los timbres del Estado». *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, 83: 97-110. Madrid, 1970), Javier PUERTO SARMIENTO y María Victoria SANZ («Pablo Fernández Izquierdo (1839-1893), farmacéutico liberal». *Offarm*, 4(1): 23-31. Barcelona, 1985) y Raúl RODRÍGUEZ NOZAL y Antonio GONZÁLEZ BUENO (*Entre el arte y la técnica: los orígenes de la fabricación industrial del medicamento*. Madrid: CSIC, 2005).

²² Así lo dispone el artículo 6.2-b de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE 22-XI-2003).

²³ «Escritura de aprendiz de D. Pedro Martín de Sepúlveda por su hijo D. Cristóbal, en la botica de D. Manuel Arias Fernández, por espacio de cuatro años, desde primeros de julio de mil seiscientos noventa y siete hasta otro día del año que vendrá». Rosa BASANTE POL. *Historia de la Farmacia a través del Protocolo Notarial en los primeros años del siglo XVIII* (Tesis doctoral. UCM). Madrid (mecanografiado), 1976 (cf. vol. 2: 358-360).

²⁴ Antonio GONZÁLEZ BUENO. *Ciencia, trabajo y piedad: el quehacer farmacéutico en la España de la primera mitad del siglo XVIII* (Lección pronunciada el día 3 de febrero de 2010, con motivo de su incorporación, como Académico Correspondiente, a la Real Academia Nacional de Farmacia). Madrid (mecanografiado), 2010.

²⁵ Sobre la importancia y función del Real Jardín Botánico de Madrid han sido muchos los autores que se han ocupado, entre ellos Carmen Añón Feliu, Antonio González Bueno y Javier Puerto Sarmiento; por el interés histórico que despierta esta institución han sido realizadas un gran número de tesinas y tesis doctorales. Por mi parte, he dirigido dos tesinas de licenciatura, publicado varios trabajos de investigación, presentado comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, y pronunciando un gran número de conferencias.

²⁶ Guillermo FOLCH JOU. *El Real Colegio de Farmacia de San Fernando* (Discurso leído el día 20 de enero de 1977, en la sesión inaugural del curso de la Real Academia de Farmacia). Madrid: Real Academia de Farmacia. 1977.

²⁷ Santiago RAMÓN Y CAJAL. *Charlas de café*. Madrid: Espasa-Calpe, 1978 (cf. pág. 97).

²⁸ María José ALONSO FERNÁNDEZ. *Ciencia y Salud Global. La brecha del desarrollo* (Discurso leído en la sesión del día 17 de junio de 2010, para su ingreso como Académica de Número en la Real Academia Nacional de Farmacia). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia, 2010. En él desarrolla, magistralmente, la contribución de la ciencia y la innovación farmacéutica, destacando la importancia de medicamentos menos tóxicos y más activos, mediante la aplicación de los nanosistemas de liberación de fármacos.

²⁹ Cf. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (BOE 30-X-2007) y Real Decreto 861/2010, de 29 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 (BOE 3-VII-2010).

- ³⁰ SÓFOCLES. *Ajax; Antígona; Edipo rey* [Barcelona]: Salvat/Madrid: Alianza, 1969.
- ³¹ ARISTÓTELES. *La Política*. Madrid: Espasa Calpe, 1983 (cf. pág. 40).
- ³² SAN AGUSTÍN DE HIPONA. *La ciudad de Dios*. Madrid: Imprenta Real, 1793. El capítulo XVII del Libro XXII queda dedicado a «Si los cuerpos de las mugeres muertas han de resucitar en su sexo, y permanecer así» (cf. vol. 12: 104-108); San Agustín cree que, en la resurrección universal, la obra imperfecta, que es la mujer, se ha de perfeccionar, pasando todas las mujeres al sexo varonil; como que la gracia ha de concluir, entonces, la obra que dejó sólo empezada la naturaleza.
- ³³ Benito Jerónimo FEIJOO. *Teatro crítico universal*. Madrid: Joaquín Ibarra, 1726. En el «Discurso XVI. Defensa de las mujeres», justifica su objetivo con estas palabras: «En grave empeño me pongo. No es ya sólo un vulgo ignorante con quien entro en la contienda: defender a todas las mujeres, viene a ser lo mismo que ofender a casi todos los hombres: pues raro hay que no se interese en la precedencia de su sexo con desestimación del otro. A tanto se ha extendido la opinión común en vilipendio de las mujeres, que apenas admite en ellas cosa buena. En lo moral las llena de defectos, y en lo físico de imperfecciones. Pero donde más fuerza hace es en la limitación de sus entendimientos. Por esta razón después de defenderlas con alguna brevedad sobre otros capítulos, discurriré más largamente sobre su aptitud para todo género de ciencias y conocimientos sublimes» (cf. vol. 1: 326).
- ³⁴ Benito Jerónimo FEIJOO. *Op. cit.*, nota 33 (cf. pág. 327). Incluso defiende (cf. pág. 333), que nunca pueden atribuirse los males de la mujer a su hermosura, afirmando que si todas fuesen feas, las menos feas experimentarían tanto atractivo como las hermosas y, en cualquier caso, la hermosura nunca ha de ser autora de todos los males.
- ³⁵ ROSA BASANTE POL. *Farmacina y mujer* (Discurso leído en la sesión solemne del día 11 de octubre de 2000, para su ingreso como Académica de Número de la Real Academia de Doctores de España). Madrid: Real Academia de Doctores de España, 2000.
- ³⁶ El estudio de las ciencias de la naturaleza, al no estar directamente remunerado y, por tanto, no ser considerado una actividad profesional, sí les estaba permitido; por ello mujeres, cual Marie Meurdrac, intentan fomentar y divulgar la «ciencia para mujeres» con obras no competitivas con las escritas por varones, como *La Chymie Charitable et facile en faveur des dames* (París, 1666), sucesivamente reeditada (París, 1680; París, 1710) y traducida al italiano; se trata de una obrita que recoge una serie de recetas, que la autora denomina de «química cotidiana», y que no son más que adobes y ungüentos.
- Otro ejemplo de texto dedicado a la mujer que quiere iniciarse en la Ciencia, es la escrita por Jane Marcet, sus *Conversations on Chemistry, in which the elements of that science are familiarly explained and illustrated by experiments* (Londres, 1806), en el cual, a modo de diálogo entre dos alumnas y su profesora, se pasa revista a los descubrimientos de Galvani, Volta o Lavoisier; la obra fue reimpresa en muchas ocasiones, en las primeras figura como anónima.
- ³⁷ María Jesús VÁZQUEZ MADRUGA. *Doña María Isidra Quintina de Guzmán y de la Cerda, «Doctora de Alcalá»*. Biografía. Madrid: Ayuntamiento de Alcalá de Henares, 1999.
- ³⁸ Cf. *El Siglo Médico*, 1165: 16-23. Madrid, 1882.
- ³⁹ Concepción ARENAL. *La mujer del porvenir*. Sevilla: Eduardo Perié/Madrid: Félix Perié, 1869 (cf. págs. 109-112).
- ⁴⁰ Plácido DE JOVE Y HEVIA, vizconde de Campo Grande. *La mujer: su influencia en la moral y en la política de la sociedad* (Discurso leído en la sesión del día 15 de octubre de 1882, para su ingreso como Académico de Número de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas). Madrid: Imprenta Tello, 1882 (cf. págs. 16-23).
- ⁴¹ ROSA BASANTE POL. *Op. cit.*, nota 35 (cf. pág. 17).
- ⁴² Salvador DE MADARIAGA. *Mujeres españolas*. Madrid: Espasa Calpe, 1972 (cf. pág. 36).
- ⁴³ José ORTEGA Y GASSET. *La rebelión de las masas*. Madrid: Espasa Calpe. 1993 (cf. pág. 45).

⁴⁴ Santiago RAMÓN Y CAJAL. *Reglas y consejos sobre investigación científica (Los tónicos de la voluntad)*. Discurso leído con ocasión de la recepción del autor en la Real Academia de Ciencias Exactas, Física y Naturales). Madrid: Imp. y Librería de Nicolás Moya, 1920.

⁴⁵ Constantino FALCÓN MARTÍNEZ, Emilio FERNÁNDEZ-GALIANO y Raquel LÓPEZ MELERO. *Diccionario de la mitología clásica*. Madrid: Alianza Editorial, 1980 (cf. vol. 2: 488).

⁴⁶ Hermann SCHELENZ. *Geschichte der Pharmazie*. Berlin: Julius Springer, 1904 (cf. pág. 29).

⁴⁷ En Rosa BASANTE POL. *Op. cit.*, nota 23, recogemos varias escrituras de cartas de dote cuales la otorgada, el 12 de julio de 1705, por el boticario madrileño José de Hontanillas, a favor de su futura esposa, Manuela Díaz de Santa Gema y Chavarri (cf. vol. 2: 159-162). Doña Manuela era hija del boticario Francisco Díaz de Santa Gema, familiar del Santo Oficio de la Inquisición; en primeras nupcias contrajo matrimonio con el boticario José Ramírez, aportando la botica heredada de su padre; ya viuda contrae nuevamente matrimonio con otro boticario, José Manuel de Hontanillas y, lógicamente, vuelve a aportar a este matrimonio la botica en la que ejercería su cónyuge.

Caso similar es el de María Fernández Segovia, viuda de Domingo Díaz de Miranda; al contraer nuevo matrimonio con el boticario José García Soriano es ella la que aporta, como dote, la botica.

⁴⁸ Javier PUERTO SARMIENTO. *La mujer en la publicidad farmacéutica en la primera mitad del siglo XX*. Madrid: Instituto de Comunicación Científica, 2009.

⁴⁹ Javier PUERTO SARMIENTO. *Op. cit.*, nota 48. El texto está acompañado de bellísimos carteles publicitarios, pertenecientes a las colecciones de Javier Puerto y de Benito del Castillo, en los que la figura central es siempre una mujer. «¿Por qué se emplearon mujeres en la publicidad farmacéutica? Por los mismos motivos que en el resto de los reclamos publicitarios. Por su capacidad para seducir, por las inclinaciones modernistas cuando esa corriente estética estaba de moda, por su papel maternal, por sus dolencias, por sus creencias...» (cf. pág. 12).

⁵⁰ Fernando DOMINGO y Tomás ÁLVAREZ. *María Sagrario. Elvira Moragas Cantarero. De la Farmacia al Carmelo*. Burgos: Monte Carmelo, 1998.

⁵¹ María del Carmen FRANCÉS CAUSAPÉ. «Las primeras mujeres Doctores en Farmacia por la Universidad de Madrid». *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*, 111: 149-159. Madrid, 1977.

⁵² Marie-Louise BARCS-MASSON. *Les femmes et la Pharmacie*. Paris: Université René-Descartes, 1976.

⁵³ Marie-Louis BARCS-MASSON. *Op. cit.*, nota 52 (cf. pág. 62).

⁵⁴ Marie-Louis BARCS-MASSON. *Op. cit.*, nota 52, en donde, de modo prolijo, recoge los nombres y actividades de las primeras farmacéuticas francesas (cf. págs. 63 y sigs.).

⁵⁵ Pedro LAÍN ENTRALGO. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1976 (cf. vol. 2: 246).

⁵⁶ Pedro LAÍN ENTRALGO. *Op. cit.*, nota 55 (cf. pág. 261).

⁵⁷ Cf. el artículo 8.a) de la Ley 29/2006, de 25 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 27-VII-2006).

⁵⁸ Javier PUERTO SARMIENTO. *Op. cit.*, nota 10 (cf. pág. 5).

⁵⁹ Pedacio DIOSCÓRIDES ANAZARBEO. *Acerca de la materia medicinal y de los venenos mortíferos. Traducido del griego e ilustrado por el doctor Andrés de Laguna*. Anvers: Juan Latio, 1555 (cf. el capítulo LXVIII, págs. 167-171).

⁶⁰ Pedacio DIOSCÓRIDES ANAZARBEO. *Op. cit.*, nota 59 (cf. pág. 168).

⁶¹ Plinio «el viejo» cita diversos productos de empleo en terapéutica, la sangre es uno de ellos (cf. Cayo PLINIO SEGUNDO. *Historia natural*. [Edición de Josefa Cantó *et al.*]. Madrid: Cátedra, 2002).

⁶² Saladino FERRO [DE ASCOLI]. *Saladino: [comie[n]ça el co[m]pendio de los boticarios compuesto por el dotor Saladino... trasladado del latin en lengua vulgar castellana por el lice[n]ciado Alfonso Rodriguez de Tudela*. Valladolid: Arnao Guille[n] de Brocar, 1515. La parte sexta queda dedicada a «del butiro o manteca» y la séptima y última a «De todas las cosas necesarias en cualquier botica».

⁶³ Félix PALACIOS. *Palestra pharmaceutica, chymico-galenica, en la qual se trata de la eleccion de los simples, sus preparaciones chymicas, y galenicas, y de las mas selectas composiciones antiguas, y modernas...* Madrid: Juan García Infançon, 1706 (cf. pág. 11).

⁶⁴ Félix PALACIOS. *Op. cit.*, nota 63 (cf. págs 10-11).

⁶⁵ Mariano PÉREZ MÍNGUEZ. *Enciclopedia farmacéutica o Diccionario general de farmacia teórico-práctico*. Barcelona: Jaime Seix, 1889; allí (vol. 2: 729) recoge el término «axungia hominis», que denomina también «liqua mumia» y grasa de hombre.

⁶⁶ COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE MADRID. *Diccionario de Farmacia del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, redactado por los individuos de la Corporación que figuran al principio de cada letra*. Madrid: Imprenta de Martínez y Bozo, 1865 (cf. vol. 1. 90).

⁶⁷ Alfredo CONDE. *Romasanta. Memoria incierta del hombre lobo*. Barcelona: Destino, 2004. El autor describe las aventuras del sacamantecas Manuel Blanco Romasanta, al que la posteridad reconoce como el hombre lobo de Allariz, lugar en el que, en 1850, había nacido. Capturado y juzgado, se salvó de cumplir la condena de morir en el patíbulo por la magnanimidad de Isabel II, al considerársele un enfermo, como él mismo había alegado, aquejado de licantropía.

⁶⁸ Alfredo CONDE. *Op. cit.*, nota 67 (cf. pág. 31).

⁶⁹ Alfredo CONDE. *Op. cit.*, nota 67 (cf. pág. 63).

⁷⁰ Archivo Histórico de Protocolos Notariales de Madrid [A.H.P.N.M.], Protocolo 19.150, folio 348.

⁷¹ Archivo General de Palacio (A.G.P.), Sección Reinados: Fernando VI. Caja 96, expediente 3.

⁷² Carolina AYALA BASANTE. *La Real Botica durante el Reinado de Fernando VI* (Tesis doctoral. UCM). Madrid (mecanografiado), 2006.

⁷³ A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 96, expediente 3.

⁷⁴ A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 96, expediente 2.

⁷⁵ A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 100, expediente 3.

⁷⁶ A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 100, expediente 3.

⁷⁷ Javier PUERTO SARMIENTO. «La terapéutica farmacológica en España y Europa durante la Edad Moderna». *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 73(4): 1175-1197. Madrid, 2007. *IB.*, *La Triaca Magna* (Discurso leído en la sesión del día 26 de febrero de 2009, para su ingreso como Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia, 2009.

⁷⁸ En los inventarios de las boticas de Francisco de Frutos (1626) [A.H.P.N.M., Protocolo 6.243], Francisco de Herrera (1632) [A.H.P.N.M., Protocolo 5.944], Andrés Roldán (1641) [A.H.P.N.M., Protocolo 5.989], Pedro Martínez de Herrera (1654) [A.H.P.N.M., Protocolo 8.721], Ventura Díez de Miranda (1662) [A.H.P.N.M., Protocolo 8.721], Jacinto Sánchez de Brizuela (1665) [A.H.P.N.M., Protocolo 10.023, folio 712], Juan Sánchez de Mena (1696) [A.H.P.N.M., Protocolo 13.966, folio 8] y Ana de Vargas, viuda de Juan Bonilla (1697) [A.H.P.N.M., Protocolo 13.093] figura la referida triaca.

⁷⁹ Archivo de la Real Academia Nacional de Farmacia, Legajo 12, expediente 11, documento 3.

⁸⁰ Así consta en los documentos estudiados: en agosto de 1747 se compraron 37,5 libras; en agosto, septiembre, octubre y noviembre de 1748 se adquieren 4 libras, al precio de 18

reales la libra, el 2 de diciembre de este mismo año se pagó a 20 reales; en 1749 se compraron, en los meses de febrero, abril, junio, agosto y octubre 3, 4, 5,5 y 5 libras por un importe de 54, 72, 90, 90 y 90 reales, respectivamente; en enero de 1751 se adquieren 16 libras a 18 reales de vellón la libra (A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 96, expedientes 2 y 3; Ib., Caja 97, expediente 1).

⁸¹ En septiembre de 1749 se compraron, a Francisco Sierra, además de otros simples medicinales para la elaboración de la triaca, dos libras de espicanardi, a 75 reales de vellón la libra, y 3 libras de estoraque, a 105 reales; en 1750, 9 de agosto, se compraron a Andrés Jiménez, vecino de San Martín de Valdeiglesias, 8,5 arrobas de vino blanco, al precio de 37,5 reales la arroba (A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 97, expediente 1).

⁸² La receta ocupaba 18 pliegos y medio, impresos por una cara, y 11 tirados por las dos caras (A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 97, expediente 1).

⁸³ A.G.P., Sección Reinados: Fernando VI. Caja 97, expediente 1.

⁸⁴ Descripciones como la citada no son frecuentes, similar a ésta es la que ofrece Bartolomeo MARANTA. *Della Theriaca et del Mithridato libri due...* Venecia: Marco Antonio Olmo, 1572.

⁸⁵ Juan Esteva de Sagra. *Historia de la Farmacia, los medicamentos, la riqueza y el bienestar*. Barcelona: Masson, 2005. El autor afirma, citando, a Adam Smith, que «existe un progreso natural hacia la opulencia: si el hombre tiene posibilidades de mejorar sus condiciones de vida, lo hará, y si no se le ponen obstáculos insuperables sabrá salir adelante y aumentarán su riqueza y su bienestar» (cf. pág. 1).

⁸⁶ Guillermo FOLCH JOU. *Historia de la Farmacia*. Madrid: Gráficas Alonso, 1972 (cf. pág. 240).

⁸⁷ Así lo dispone el artículo 7.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 27-VII-2006), añadiendo, en el artículo 7.5: «es obligatorio declarar a la autoridad sanitaria todas las características y propiedades de los medicamentos».

⁸⁸ Así lo recoge el artículo 19.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio (BOE 27-VII-2006), indicando, en el artículo 19.5, los requisitos exigibles a los prospectos.

⁸⁹ En junio de 2010 se firmó el acuerdo entre dichas entidades (cf. <http://www.anefp.org>. [consultado el 11-XII-2010]).

⁹⁰ Estos datos corresponden al periodo 2008-2009 (cf. <http://www.anefp.org>. [consultado el 11-XII-2010]).

⁹¹ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO FARMACÉUTICO. *Curso básico de Derecho farmacéutico*. Madrid: Recoletos, 2005.

⁹² La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) dispone de la página web (<http://www.enfermedades-raras.org/>), cuya consulta facilita información sobre este tipo de patologías.

⁹³ María Pilar REDONDO PASTOR. *Medicamentos huérfanos e innovación farmacéutica* [Trabajo fin de máster en Farmacia y Tecnología Farmacéutica (UCM), dirigido por Rosa Basante Pol]. Madrid (mecanografiado), 2009.

⁹⁴ *Orphan medicinal products* [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceutical/orphanmp_en.htm. (consultado el 11-XII-2010)].

⁹⁵ Enrique SEOANE VÁZQUEZ, Rosa RODRÍGUEZ MONGUIO, Sheryl L. SZEINBACH y Jay VISARIA. «Incentives for orphan drug research and development in the United States». *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 3(33): [1-7]. Londres, 2008.

⁹⁶ Cf. el Título XIII. Salud Pública, del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (TCE) (DOCE 29-XII-2006).

⁹⁷ *Orphan drugs and rare diseases at a glance*. EMEA/290072/2007 (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2010/01/WC500069805.pdf [consultado el 11-XII-2010]).

⁹⁸ Comunicación de la Comisión, de 16 de agosto de 2007, titulada «Regiones europeas competitivas gracias a la investigación y la innovación. Una contribución para un mayor crecimiento y más y mejores puestos de trabajo» [COM(2007) 474 final – No publicado en el Diario Oficial]. Bruselas, 16-VIII-2007 (http://ec.europa.eu/prelex/detail_dossier_real.cfm?CL=es&DosId=196074 [consultado el 11-XII-2010]).

⁹⁹ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006).

¹⁰⁰ Steven SEGET. *Valuing Pharmaceutical Innovation. Pricing and reimbursement for innovative therapies*. London: Business Insights, 2008.

¹⁰¹ *The community register of medicinal products* (<http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/register/index.htm>. [consultado el 10-VI-2009]).

¹⁰² *Yondelis*[®]. Marketing authorisation number: EU/1/07/417/001. Date of first authorisation: 17 September 2007 (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Product_Information/human/000773/WC500045832.pdf [consultado el 11-XII-2010]).

¹⁰³ Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (<http://www.isciii.es/htdocs/centros/enfermedadesraras/> [consultado el 11-XII-2010]).

¹⁰⁴ La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) facilita información muy útil para el conocimiento de estas patologías (<http://www.enfermedades-raras.org/> [consultado el 11-XII-2010]).

¹⁰⁵ Rosa BASANTE POL y María Dolores YAGÜE. «Medicamento genérico y bienestar social». En: Juan Esteva de Sagrera y Antonio González Bueno (eds.). *Cordialero de libros y medicamentos*: 343-360. Madrid: SDHFE, 2009.

¹⁰⁶ Miguel Martínez Jorge. *Workshop Periodistas-Mercado Genéricos* [25-XI-2010]. <http://www.aeseg.es/IMS-AESEG%20Workshop%20Periodistas%20Nov2010.pdf> [consultado el 11-XII-2010].

¹⁰⁷ *Cf.* el artículo 14.2 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006).

¹⁰⁸ Aaron S. KESSELHEIM, Alexander S. MISONO, Joy L. LEE, Margaret R. STEDMAN, M. Alan BROOKHART, Niteesh K. CHOUDHRY y William H. SHRANK. «Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease». *The Journal of the American Medical Association*, 300(21): 2514-2526. Chicago [Ill.], 2008.

¹⁰⁹ El Reglamento (CEE) 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo (*DOUE* 30-IV-2004) permite iniciar el procedimiento de solicitud de autorización de un medicamento genérico trascurridos ocho años desde la autorización del original protegido por la correspondiente patente.

¹¹⁰ Así lo dispone el artículo 93.3 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006). Este artículo tiene desarrollo en el Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre, en lo que concierne a la regulación del marco del sistema de precios de referencia (*BOE* 22-XI-2006).

¹¹¹ *Cf.* el artículo 85 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006).

¹¹² *Cf.* el artículo 93.6 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006).

¹¹³ *Cf.* el artículo 93.6 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006).

¹¹⁴ Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, y por la que se regulan determinados aspectos de los precios de referencia (BOE 29-XI-2010).

¹¹⁵ Alan SHEPPARD. *Los medicamentos genéricos: elementos clave en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a largo plazo*. Londres: IMS Health, 2009 (cf. págs. 23-24) (<http://www.aeseg.es/Informe%20Gen%C3%A9ricos.pdf> [consultado el 11-XII-2010]).

¹¹⁶ Cf. el artículo 86.2 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 27-VII-2006).

¹¹⁷ Orden SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción en la posible sustitución del farmacéutico (BOE 5-X-2007).

¹¹⁸ José María MARTÍN DEL CASTILLO. «Medicamentos falsificados y protección de la salud», *Cuadernos de Derecho Farmacéutico*, 34: 60-64. Madrid, 2010.

¹¹⁹ El artículo 2.5 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, dispone: «se prohíbe la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica. La normativa de desarrollo regulará dichas modalidades de venta con respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica garantizando, en todo caso, que se dispensen por una oficina de farmacia autorizada, con la intervención de un farmacéutico, previo asesoramiento...» (BOE 27-VII-2006). El desarrollo normativo de la antedicha disposición no se ha producido; sin embargo, en breve, será promulgada una Directiva al respecto. De igual modo, la referida Ley prohíbe, en su artículo 4, puntos 1.2 y 1.3, la puesta en el mercado de medicamentos que no estén legalmente reconocidos, así como su publicidad, recayendo sobre la persona física o jurídica causante de estos hechos la correspondiente responsabilidad civil y penal.

¹²⁰ AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. *Estrategia frente a medicamentos falsificados, 2008-2011*. Madrid: AEMPS, 2009 (http://www.aemps.es/actividad/publicaciones/docs/publica/estrategia_med_falsificados_2008-2011.pdf [consultado el 11-XII-2011]).

¹²¹ José María Martín del Castillo destaca la iniciativa del Consejo de Europa al elaborar un proyecto de «Convención o instrumento jurídico internacional vinculante, cuyo objetivo es el de luchar contra la criminalidad de los productos farmacéuticos falsificados. En esta línea la AEMPS está trabajando en la elaboración de un dossier que recoja la casuística existente para que sirva de base para la posterior confección de un texto con el fin de que puedan ser incorporadas este tipo de conductas en el Código Penal» (José María MARTÍN DEL CASTILLO. *Op. cit.*, nota 118, cf. pág. 64).

¹²² FARMAINDUSTRIA. *Memoria anual 2009*. Madrid: Farmaindustria, 2009 (http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_105428.pdf [consultado el 11-XII-2010]).

¹²³ Los datos sobre la industria farmacéutica de medicamentos de uso humano de fabricación industrial pueden consultarse en la página web de Farmaindustria (www.farmaindustria.es); de los medicamentos de uso veterinario fabricados industrialmente ofrece información la página de Veterindustria (www.veterindustria.es); para los medicamentos genéricos ha de consultarse la página oficial de Asociación Española de Fabricantes de Medicamentos Genéricos (AESEG) (www.aeseg.es) y para los medicamentos de autoconsumo la página de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP) (www.anefp.org). Dependiente de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios funciona una aplicación informática en la que se recogen los datos de actividad de los laboratorios farmacéuticos incluidos en su autorización, con excepción de los datos de carácter personal (www.aemps.es).

¹²⁴ Antoni ESTEVE I CRUELLA. *La contribución de la industria farmacéutica al desarrollo económico y social de España* (Discurso leído el día 15 de abril de 2009, para su ingreso como Académico de Número de la Real Academia de Doctores de España). Madrid: Real Academia de Doctores de España, 2009.

¹²⁵ FARMAINDUSTRIA. *Op. cit.*, nota 122 (cf. págs. 182-197).

¹²⁶ Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia, y por la que se regulan determinados aspectos de los precios de referencia (BOE 29-XI-2010).

¹²⁷ María Concepción MARTÍNEZ CANO. *Análisis de la situación de la política farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud* [Trabajo fin de máster en Farmacia y Tecnología Farmacéutica (UCM), dirigido por Rosa Basante Pol]. Madrid (mecanografiado), 2008.

¹²⁸ Cf. los artículos 43 y 149.16 de la Constitución Española de 1978 (BOE 29-XII-1978).

¹²⁹ El ingreso de España en la Comunidad Europea supuso un importante trabajo conducente a la adecuación de nuestra normativa a la comunitaria que conllevaba, entre otras cuestiones, la transposición de las Directivas a nuestro ordenamiento jurídico. La aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-IV-1986) tenía unos claros objetivos entre los que se encontraban la creación de un Sistema Nacional de Salud y la descentralización de la sanidad. La intervención del Estado en los medicamentos, para facilitar el acceso en condiciones de igualdad, fue regulada en los Títulos VI y VII de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (BOE 22-XII-1990). Derogada ésta por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 27-VII-2006), todo su Título VII queda dedicado a la financiación pública de los medicamentos, regulando la fijación y revisión de precios industriales, márgenes de la distribución y dispensación, a la par que incorpora, para la fijación del precio, el criterio de valoración de la utilidad terapéutica y el grado de innovación del medicamento; su artículo 93 está dedicado al sistema de precios de referencia. El Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre (BOE 22-XI-2006), persigue el establecimiento de un marco estable y previsible para la industria farmacéutica, lo que considero no ha conseguido.

¹³⁰ La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29-IV-2006) ya establece esta necesidad.

¹³¹ Cabría pensar que la prestación farmacéutica cofinanciada se establece, en España, con la creación, mediante Ley 14/1942, de 14-XII, del Seguro Obligatorio de Enfermedad bajo las directrices del Instituto Nacional de Previsión (BOE 27-XII-1942), y no es exactamente así. La asistencia farmacéutica gratuita a los sirvientes de la Real Casa y colectivos más necesitados se inicia, por voluntad de Felipe II, al disponer que de la Real Botica, por él creada, se dispense medicamentos gratuitamente a las personas necesitadas y autorizadas. Los Borbones ampliarán el número de personas y colectivos beneficiarios de dicha Real gracia, tema del cual nos hemos ocupado en otras ocasiones [Rosa BASANTE POL y Carolina AYALA BASANTE. «Contribución al estudio del comercio madrileño: los proveedores de la Real Botica durante el reinado de Fernando VI (1746-1759)». *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, 46: 101-126. Madrid, 2006; Rosa BASANTE POL y Carolina AYALA BASANTE. «Contribución al estudio del gasto en la Real Botica durante el reinado de Fernando VI». *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, 47: 43-72. Madrid, 2007; Santiago AYALA GARCÉS. *La asistencia sanitaria a la Familia Real y sus empleados durante el reinado de Fernando VI (1746-1759). Estudio del gasto realizado en la Real Botica utilizando una base de datos «ad hoc»* (Tesis doctoral. UCM). Madrid (mecanografiado), 2009.

¹³² Cf. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO FARMACÉUTICO. *Curso básico de Derecho farmacéutico*. Madrid: Recoletos, 2005.

¹³³ Cf. la disposición final primera de la Ley 16/2003, de 28 de junio, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (*BOE* 29-V-2003) y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (*BOE* 27-VII-2006) que contiene pocos cambios al respecto de lo que se establecía en la antedicha, si bien esta última, como queda recogido en la exposición de motivos, dedica todo su Título VII a la financiación pública de medicamentos: regula el régimen de revisión y fijación de precios industriales y los márgenes de dispensación y distribución; e incorpora, como criterio para la fijación del precio, la valoración de la utilidad terapéutica y el grado de innovación del medicamento.

¹³⁴ Orden SPI/3052/2010, de 26 de noviembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos, sus precios de referencia, y por la que se regulan determinados aspectos del sistema de precios de referencia (*BOE* 29-XI-2010).

¹³⁵ En congresos, reuniones y otros foros se ha puesto de manifiesto este aserto. Patronales cuales Farmaindustria, AESEG y ANEFP; Colegios Profesionales y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, son coincidentes en la necesidad real de adecuar los fines perseguidos a los medios existentes: optimizar los recursos humanos y materiales, ésta es la meta.

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
EXCMO. SR. D. FRANCISCO JAVIER
PUERTO SARMIENTO**

Excma. Sra. Presidenta.

Excmas. Sras. Académicas; Excmos. Sres. Académicos.

Señoras y Señores:

La Junta de Gobierno de esta Real Academia Nacional de Farmacia me designó para contestar el discurso de entrada de la doctora Rosa Basante.

Estas obligaciones reglamentarias, más que un deber, son un honor para quien las recibe y, en este caso además, supone un entrañable placer: el acoger en esta institución a quien durante tantos años ha sido y es mi colega en la Universidad Complutense de Madrid.

El primer problema planteado, para contestar a tan brillante alocución, es el género de la misma.

No se trata de un trabajo de investigación de Historia de la Farmacia o de la Ciencia, ni de Legislación farmacéutica, ni es un ensayo divulgativo... ¿ante qué nos encontramos, por tanto? ¿Tiene esto su correspondiente en el mundo académico?

Lamento efectuar preguntas tan obvias, pero acaso no las son para muchos de nuestros compañeros fieramente científicos.

El tema del discurso de la profesora Basante, aparte de ser producto de su experiencia docente e investigadora, sería el equivalente de lo que nuestros colegas de las Facultades de Medicina denominan Humanidades médicas.

El profesor Laín, es bien sabido, estudió primero Químicas, a continuación descubrió su vocación médica y, cuando ya era psiquiatra y catedrático de Historia de la Medicina, se sintió íntimamente atraído por la Filosofía. La contienda civil le impidió la culminación formal de ese camino, pero abrió una nueva vereda, bajo la mano maestra de Xavier Zubiri: la Antropología médica. La misma ha evolucionado, en la actualidad, hacia la Bioética, bajo los auspicios de Diego Gracia y hacia las humanidades médicas, uno de cuyos representantes

más conocidos es José Lázaro. Ambas tienen como base la Historia de la Medicina, pero incluyen la Ética, la Filosofía, el Derecho, la Música, la Literatura y todo aquello relacionado con el ser humano en su aspecto inmaterial.

En Farmacia, nuestro común maestro, Guillermo Folch fue, como su padre Rafael y como la mayoría de quienes le seguimos, historiador de la Farmacia, entendida en sus relaciones estrechas con la Ciencia, la Medicina y la Sanidad. Por tanto, la mayoría hemos soportado, a trancas y barrancas, nuestras obligaciones docentes relacionadas con la Legislación farmacéutica y la Deontología.

Sin embargo, Guillermo Folch, al final de su vida, escribió un libro en donde se aunaba la Historia, la Legislación y la Ética aunque, como él mismo, era extraordinariamente original y único.

Esos son, a mi parecer, los antecedentes ilustres del discurso de la doctora Basante.

¿Por qué explicarlo? Porque si entre los médicos nadie discute la necesidad de las Humanidades, dada su dedicación a los seres humanos, entre los farmacéuticos muchos lo hacen. No, evidentemente, en esta Real Academia, donde se nos ha aceptado más que en ninguna otra época histórica, pero sí en general. Bastantes farmacéuticos se siguen considerando expertos en fármacos —que lo son— pero olvidan su condición sanitaria. Es decir, nos especializamos en fármacos en cuanto estamos interesados en mantener o restaurar la salud, principalmente de los humanos, pero también de los animales y de las plantas. Afortunadamente, en la actualidad, la controvertida atención farmacéutica, ha hecho más común esa percepción y nuestros más expertos académicos en técnica farmacéutica, año tras año, nos hablan aquí de la atención a los pacientes en los hospitales y se enorgullecen, sin vanagloria, de lo bien que se hace en España.

La doctora Basante, sin embargo, no es sólo una apasionada estudiosa de las Humanidades farmacéuticas. También es una no menos entusiasta y brillante docente, más aún desde su vuelta a la universidad desde la política, y una lúcida y lúdica investigadora en Historia de la Farmacia, como atestigua su currículo.

Los historiadores nunca podemos «dejar la pipeta». Siempre hemos de efectuar nuestras investigaciones personal e individualmente. Por eso hemos de divertirnos con ellas. No pueden ser sólo trabajo o deseo de emulación y sabiduría. Han de ser también placenteras y eso se observa en las de la doctora

que hoy recibimos aquí. El buen hacer ha de ser agradable para quien lo ejecuta y quien lo lee.

Pero no encontramos sólo esa característica en su obra, también un certero olfato. La profesora Basante se ha distinguido por sus investigaciones en el Archivo de Protocolos Notariales de Madrid y en el de Palacio. Allí ha sacado a la luz personajes y temas que, acaso, no ha podido expresar por sus incontables ocupaciones, pero que los demás hemos aprovechado diligentemente. Por lo cual no está de más, tampoco, agradecerle aquí y ahora sus trabajos, en cuanto ha dado pistas y consolidado las hipótesis de alguno de los nuestros.

De su discurso llaman la atención muchas cosas —con los medicamentos mágicos y el estudio de la terapéutica pre-moderna podría extenderme demasiado, dados los numerosos puntos en común, con algunos aspectos de mi propio discurso de ingreso— pero no puedo dejar sin mencionar el capítulo dedicado a la mujer y la Farmacia.

En esta institución, con ella, tendremos siete académicas y otra a la espera de tomar posesión. Estamos presididos por la Excelentísima Señora Doña María Teresa Miras Portugal, quien ha sido elegida y reelegida por el resto de los académicos. En nuestras Facultades hay más mujeres que hombres y muchas de ellas son profesoras de todas las categorías.

Aunque sé que entro en un terreno proceloso, tengo la sensación de ser parte de una profesión en donde la equiparación entre hombres y mujeres se está produciendo en cuanto ellas se han puesto a competir y lo han deseado de veras, aunque no puedo dejar de recordar a personas como doña Ana Galarza o doña Pilar Pardo, excepcionales en sus conocimientos y no sé si suficientemente valoradas.

Personalmente, siempre he creído en la absoluta igualdad intelectual y en dignidad entre hombres y mujeres y en la afortunada desigualdad en todo lo demás, no sólo la íntima desigualdad individual, evidente entre todos quienes disfrutan de libre albedrío, sino también la anatómica, fisiológica y psicológica y en nuestra profesión, me parece, tanto la igualdad como las desigualdades, se han llevado con relativa normalidad. Pese a ello, nunca se pone ni se pondrá como ejemplo de nada, porque la farmacéutica tiene fama de ser profesión conservadora y, por tanto, jamás he visto resaltar el número de mujeres que, de manera natural, es decir ligada a su excelencia personal e intelectual, han llegado a esta Real Academia, ni el que una de ellas nos presida con absoluta normalidad cotidiana.

Con esta contestación a su discurso ya he puesto sobre el tapete alguna de las características personales de quien hoy entra en la Academia: brillantez docente, interés e inteligencia investigadora y apasionamiento en la defensa de sus puntos de vista. No he hablado de su hiperactividad, presente en la mención de otros aspectos de su currículo, ni de las múltiples condecoraciones que le han sido concedidas; citaré tan sólo algunas: la Medalla de Honor de la Universidad Complutense de Madrid, la Medalla Carracido en su categoría de plata; la Medalla de plata de la Real Academia de Doctores de España; la del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España o la del Mérito Naval con distintivo blanco.

La doctora Basante es miembro numerario del Instituto de Estudios madrileños; presidenta de la sección de Farmacia de la Real Academia de Doctores de España; forma parte de algunos consejos de redacción destacados, como el de la *Revista Arbor*, y se ha dedicado, también, a la administración universitaria, como Vicedecana de la Facultad de Farmacia y Vicerrectora de la Universidad Complutense. De ahí saltó a la política autonómica, donde fue Directora-Gerente del Centro de Estudios y Actividades Culturales; Directora General de Promoción Cultural, Viceconsejera de Promoción y Patrimonio Histórico y miembro del consejo de administración del Centro de Asuntos Taurinos de la Comunidad de Madrid, el único puesto en donde todavía continúa.

De la política salió con unas extraordinarias aficiones, seguramente ya anteriores a su paso por ella, al teatro, a la música clásica, a la danza y, por encima de todo, a los toros.

Ya tenemos, pues, un retrato muy perfilado de la nueva académica: docente, investigadora, política y hasta torera, si se puede aplicar este apelativo a quien ejerce una apasionada afición y ha sido reconocida por ello en múltiples ocasiones. Lo de la torería imprime carácter, más en quien no sólo efectúa tareas controladoras de la fiesta, sino que imparte seminarios, participa en tertulias y escribe artículos históricos sobre el tema, nada desdeñables y es, además, presidenta del jurado del premio literario taurino «Doctor Zumel».

Carácter también imprime el lugar de nacimiento, en este caso Cacabelos, en el Bierzo. Es esa una tierra mágica, cantada entre otros por nuestro compañero, Raúl Guerra Garrido. Está situada a caballo entre León y Galicia. Si me permiten manejar tópicos, prudentemente dosificados, como castellana la doctora Basante es directa (en ocasiones tremendamente directa) y mujer de palabra firme; como gallega, diplomática, persona de fácil trato y capaz de pactar con quien sea preciso.

Todas estas actividades, ejercidas con excelencia, no habrían sido posibles sin un sustento sentimental sólido. La fuerza de nuestra nueva Académica, además de en sí misma, reside en sus numerosísimos amigos y, creo yo, sobre todo en su familia.

Hija de un sanitario, siempre habla con tremendo afecto de sus padres y de su hermano, pero su roca sillar es Santiago Ayala, su marido, nombre destacado de la Farmacia española y hombre tranquilo, sensato, apacible y fuerte, la cruz de la moneda o el envés de la hoja.

Su madre, su hermano, su marido, sus hijos y sus nietos, me parece a mí, son el agua que mantiene constante la alfaguara de su vitalidad. Y ahí llega el asombro. ¿Cómo puede una persona ser a la vez docente, investigadora, política, aficionada a mil y una cosas, ama de casa, madre y esposa? En esa versatilidad es en lo único en que, como varón, veo una diferencia profunda, para mí asombrosa y admirable, en ella y en las demás compañeras sentadas en los sillones de la Academia.

A grandes rasgos, así percibo yo a la nueva Académica y a su obra intelectual.

Querida amiga. Hoy la Real Academia Nacional de Farmacia le hace el gran honor de recibirla en esta institución. El honor que le hace, es posible gracias a la honra acumulada por la excelencia intelectual de las académicas y académicos aquí presentes y de quienes nos precedieron. A partir de ahora va a ser usted quien honre a la Real Academia, a nosotros y a quienes nos sigan, con la continuidad de su trabajo en las múltiples vertientes de su actividad.

Personalmente le deseo una larga y venturosa vida para seguir con todas sus iniciativas, personales e intelectuales, para provecho suyo, de nuestra profesión, de nuestra patria y de esta Real Academia.

He dicho.

ESTE DICURSO SE TERMINÓ DE COMPONER
EL 28 DE ENERO DE 2011,
FESTIVIDAD DE SANTO TOMÁS DE AQUINO,
DECLARADO DOCTOR DE LA IGLESIA EN 1567 Y
SANTO PATRÓN DE LAS UNIVERSIDADES
Y CENTROS DE ESTUDIO CATÓLICOS EN 1880.